الجامعـــــــة الإســـــــلامية
عمـــــادة الدراســـــات العليـــــا
كليـــــــة التربيـــــــة
قســـــم الإرشـــــاد النفســـــي



(المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية للمعاقين حركياً بقطاع غزة

إعداد الباحث

حسن عبد الرؤوف القطراوي

إشراف الدكتور

عبد الفتاح عبد الغني الهمص

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلب الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة.

1434هـ – 2013م





الجامعة الإسلامية – غزة
The Islamic University - Gaza

عمادة الدراسات العليا هاتف داخلي: 1150

الرقم ج س غ/35/ Ref
التاريخ 2013/04/24 Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ **حسن عبدالرؤوف محمد القطراوي** لنيل درجة الماجستير في **كلية *التربية*/ قسم علم النفس-إرشاد نفسي** وموضوعها:

(المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية للمعاقين حركياً بقطاع غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الأربعاء 14 جمادى الآخر 1434هـ، الموافق 2013/04/24م الساعة الواحدة والنصف ظهراً بمبنى اللحيدان، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص	**مشرفاً ورئيساً**	....
أ.د. سناء إبراهيم أبو دقة	**مناقشاً داخليــاً**	....
د. درداح حسن الشاعر	**مناقشاً خارجياً**	....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في **كلية *التربية*/**قسم **علم النفس- إرشاد نفسي**.

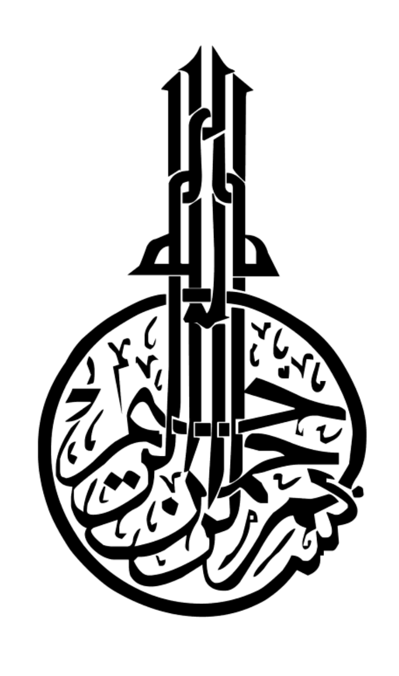
واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،



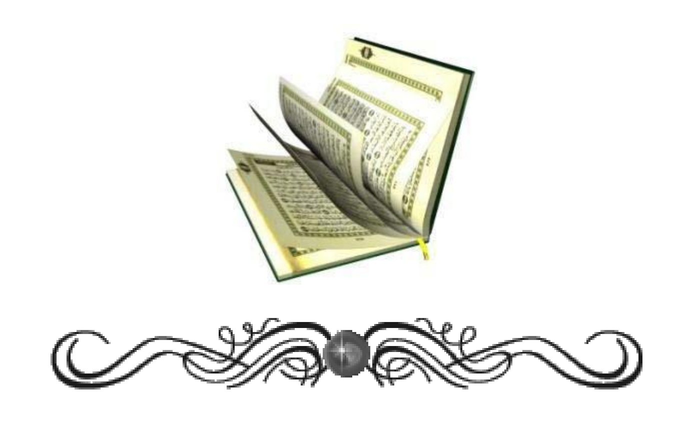
عميد الدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز



قال تعالى: ﴿وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾

[النمل، الآية: 19]



الإهـــــــداء

وإذا كان لا بدُ من الإهداء فـــ لله على نعمة الإسلام وكفا بها نعمه ، وللذي حمل الرسالة وأدى الأمانة وتركنا على المحجة البيضاء لا يزيغ عنها إلا هالك ، أما أنت يا والدي فلإهدائك حكاية أرويها رواية .. كيف لا فما زلت اذكرك وأنت توقظني من سباتي لارتاد مدرسة ً أنت معلمها ودروساً أنت صاحبها ونظرات شوق لمتعلمٍ تصبو إليه، لقد كانت رسالتي هذه جزء من إرضاءك يا أبي .. فهلا رضيت عني ...

أمي لا أعرف كيف أبدأ .. ولعله قصور الكلمات ، وعجز اللغة، التي قد لا تقدر على البوح بحبٍ رسمتيه بقبلات الصباح على وجنتي وأنا احمل حقيبتي الصغيرة متجهاً لمدرستي .. أنا اليوم شاباً يافعاً ... أحسب نفسي مؤدبُ بأدبك، خلقتي خلقي بخُلقك، علمتيني الإيمان بإيمانك ، لحظة وفاء مقصرة أرسمها قبلة على وجنتيك، لا كنت إذا لم يكن رضاءك ، فهلا رضيتي عني ،

أبا عبد الله، أخي الكبير، رسالتي هذه ليست مقدمة عليك وأنت ما زلت تدرس الماجستير، فقد علمتنا الرجولة والعلم قبل أن نتعلمه، تسعد لسعادتي تحزن لحزني كنت انت أنا أو أكثر، أهديك رسالتي، أبا يوسف اخي محمد، أحسدك وأنت تحمل قلباً أحن من المطر، تهاتفني لتطمأن على رسالتي .. أهديك إياها، طارق أخي الصغير،، سأبقى معك إن كان في العمر بقية .. لتهديني رسالتك ،، كما أهديك رسالتي ...

أخواتي جميعاً .. أعتذر إليكن جميعاً إن كنت قد قصرت بحق أين منكن وأنا معتكف على رسالتي.. وإن كنت غبت فلم تغب عني جلساتكن لحظة ولا حسن استضافتي في بيوتكن وروعة أزواجكن أهديكن وأزواجكن رسالتي .. أما من لم يتزوجن بعد وأهمهما أسماء ،، لقد كانت رسالتي هذه جزءً من وفائي لإعاقتك ، وأهديكِ إياها

أما زوجتي .. فللكلمات نفحات .. فأنت مهجة قلبي .. كيف لا وأنتِ واضعة حجر الأساس لرسالتي .. فلم تبخلي علي بجهدٍ أو وقتٍ أو لحظة هدوء أو فنجان قهوة علقم المذاق لو لا يداك ، اهديكِ رسالتي وإلى ابني الكبير علي ولميس وصغيري محمد، وإلى كل من صاغ حرفاً أو قدم نُصحا أو أبدى رأياً أو حار فكراً أو بذل جهداً أو التمس عذراً إليهم جميعاً

أهدي رسالتي ...



الشكر والتقدير

الحمد لله الذي خلق الخير وأحبه، وزرع فينا حبه، وجعل نور قلوبنا إيماناً، ونور عقولنا علماً، فهدانا بالنورين للفضائل كلها، وأعاننا بفضله على اغتراف أحسنها، أما بعد ...

فلولا أن منّ الله عليّ بفضله، فهيأ ظروفاً، وذلل صعاباً، وألهم وهدى، ما قُدر لهذه الرسالة أن ترى النور أو يراها، ولكن ولله الحمد فقد يسر لها أسبابه، وفتح لها أبوابه، فتحقق الأمل وكم حسبته بعيد المنال، وقد كان من فضله تعالى أن يسّر لهذه الرسالة كوكبة من الأعلام الذين أتشرف بإسداء الشكر إليهم، وإجزال الثناء عليهم، فأتقدم بداية بوافر الشكر والامتنان إلى أستاذي الدكتور: **عبد الفتاح الهمص،** والذي نالت رسالتي شرف إشرافه عليها، والذي كان لعظيم نصائحه وبحر عطائه الأثر الكبير في رسالتي هذه، كما أتشكر عَلم جامعة الأقصى ومنارتها الأب الدكتور **درداح الشاعر** على قبوله مناقشتي رسالتي كمناقش خارجي والشكر موصول للأستاذة الدكتورة **سناء أبو دقة** الغنية عن التعريف لقبولها مناقشتي كمناقشة داخلية .

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان إلى أساتذتي الكرام جميعاً في جامعة الأقصى وأخص بالذكر منهم الأخ الدكتور **سلام الأغا** رئيس الجامعة والأخ الدكتور **محمد رضوان** على دعمهما لي لاستكمال دراستي العليا في الجامعة الإسلامية، وذلك لما بذلوه ويبذلونه من أجل طلبة الدراسات العليا في الجامعة، وكما أتوجه بشكر خاص إلى **الأستاذ علاء عيد** على جهده الكبير في تنسيق وطباعة البحث. وكذلك لا ننسى من الشكر أساتذتي الكرام بالجامعة الإسلامية وقسم علم النفس على وجه الخصوص لما قدموه لنا عِلم غزير وأدب وفير.

أما السادة المحكمون من أساتذة الجامعات، فلا حد للتقدير، ولا قدرة على التعبير، فقد بذلوا من الجهد أطيبه، ومن العمل أخلصه، ومن النصح أنفعه. وشكري وتقديري لكل من قدم نصحاً، أو بذل جهداً، أو أمضى وقتاً من قريب أو بعيد على انجاز هذه الرسالة، فجزى الله الجميع عني عظيم الجزاء.

وأخيراً وليس آخراً، تظل المعرفة كنزاً عظيماً الأسرار وبحراً بعيد الأغوار لا يدركه غير العالم القهار، أما عملي هذا فهو ليس أكثر من جهد المقل، فما وفقت فيه فمن الله وحده، وما كان من قصور فمني والشيطان.

وآخر دعواي أن الحمد لله رب العالمين

الباحث

حسن عبد الرؤوف القطراوي

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى (المساندة الاجتماعية- الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً في محافظات قطاع غزة، ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث باختيار عينة للدراسة تكونت من (200) معاقًا حركياً من أصل المجتمع الأصلي (14621) موزعة على قطاع غزة، حيث استخدم الباحث ثلاثة مقاييس وهي (مقياس الصلابة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الرضا عن خدمات الرعاية) وجميعها من إعداد الباحث، وللإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة الفروض استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS) لتحليل استجابات أفراد العينة، وذلك باستخدام التكرارات والمتوسط الحسابي، واختبار (T.Test)، واختبار تحليل التباين الأحادي، وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً.
- لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية أو المساندة الاجتماعية أو الرضا عن خدمات الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس.
- أظهرت النتائج فرق جوهري فقط في مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن ولم تظهرها في المساندة الاجتماعية أو الرضا عن خدمات الرعاية لذات المتغيّر.

Abstract

This study aimed to identify the level of (social support-negligence) and satisfaction with care and its relationship to psychological hardiness to the handicapped in the governorates of the Gaza Strip, in order to achieve this goal the researcher used three scales (scales stiffness and scales social support, satisfaction with care), all prepared by the researcher, and to answer the questions and validate the hypotheses the researcher used the programmed of statistical packages for the social studies (SPSS) for the analysis of the responses of respondents, using iterations and arithmetic, and test (T.Test), analysis of variance test The duo, after statistical analysis the study found the following results:

- There is a correlation between statistical function of mental toughness and social support to the handicapped

- There is no statistical differences in the hardness level of psychological or social support, satisfaction with care to the disabled due to the variable sex

- Results show substantial difference only in the level of rigidity among ambulant due to variable and not show social support or satisfaction with care for the same variable.

فهرس الموضوعات

فهرس الجداول

قائمة الملاحق

الفصل الأول

خلفية الدراسة

- 1–1 مقدمة
- 1–2 مشكلة الدراسة
- 1–3 فروض الدراسة
- 1–4 أهداف الدراسة
- 1–5 أهمية الدراسة
- 1–6 منهج الدراسة
- 1–7 مجتمع الدراسة الأصلي
- 1–8 حدود الدراسة
- 1–9 مصطلحات الدراسة

1-1 مقدمة :

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، والصلاة والسلام على المبعوث رحمة للعالمين وعلى أل بيته الطاهرين وصحابته أجمعين والتابعين وتابعيهم بإحسان إلى يوم الدين وبعد .

إن اختلاف المعوقات من فرد لآخر بحسب تكوين شخصيته وبناءه النفسي تفرض عليه ضغوطًا مادية وأخرى معنوية كبيرة، ولا نكاد نجد فرد من الأفراد خالياً من المشاكل أو المنغصات الحياتية فبعض الأفراد يعاني من المشاكل الجسدية، ومنهم ما يعاني من مشاكل اجتماعية، أو نفسية أو اقتصادية .

وما من شك في أن الشعب الفلسطيني قد تعرض على مدى سنوات مضت لشتى أنواع التنكيل من قبل العدو الصهيوني، واستخدم هذا العدو ضده أعتى آلات الحرب المدمرة، ولكن هذا الشعب قاوم وجسد أروع آيات الرباط والصمود والتحدي، إلا أن ذلك خلّف آلافاً من الشهداء والجرحى والمعاقين؛ ولأنه شعب يستند في قوته على أبنائه كان لزامًا عليه أن يرعى المصابين والمعاقين أيما رعاية فهم ذخيرة هذا الشعب في مواجهة هذا العدو الصهيوني المتغطرس؛ ولأنه يؤمن بحق الفرد في الرعاية والكفالة لذا تأسست وزارات ومؤسسات وجمعيات ترعى الأفراد المتضررين من هذه الاعتداءات توفر لهم احتياجاتهم الضرورية في حدود الإمكانيات المتواضعة لهذه المؤسسات والجمعيات.

وتعتبر الإعاقة بشكل عام والإعاقة الحركية بشكل خاص من المعضلات الهامة التي قد تواجه المجتمع، حيث أن ترابط المجتمع وتكافله يقوم على أساس تقديم الخدمة والعون لجميع أفراده وشرائحه سواء كانوا من الأسوياء أو من أصحاب الاحتياجات الخاصة بما فيهم فئة المعاقين.

وتلعب الإعاقة دوراً هاماً في حياة الشخص المعاق "فتؤثر عليها بالسلب في أغلب الأحيان، وينعكس ذلك على تصرفاته وسلوكياته حيال نفسه، ومع الآخرين سواء كانوا من المحيطين به أو المقربين إليه أو الآخرين الذين يلتقي معهم ويتعامل معهم، بل إن هذه التأثيرات قد تنعكس كذلك على البيئة التي يعيش فيها بكل مكوناتها"(العايد، وآخرون،2010: 14)، وهذا الأمر ينطبق بطبيعة الحال على الإعاقة الحركية التي تعتبر سبباً رئيساً في اختلال توازن الشخص المعاق، وتعرقل سير حياته، ويؤدي إلى حدوث العديد من المُعيقات التي تمنعه من ممارسة حياته بالشكل الطبيعي، وقد تحرمه من المشاركة الفاعلة في المجتمع، حيث أن الإعاقة الحركية تُفهم بأنها " حالة عجز في مجال العظام والعضلات والأعصاب ، تحد من قدرة المصابين على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي ومرن كالأسوياء ، الأمر الذي يؤثر سلباً في

مشاركتهم في واحدة أو أكثر من نشاطاتهم الحياتية ، وتفرض قيوداً على مشاركتهم في النشطات المدرسية الروتينية" (العزة ، 2001 :197)، هذا بدوره يؤدي إلى إعادة التفكير ملياً في برامج رعاية المعوقين حركياً من أجل دفع عملية المساهمة في المجتمع، والعمل على دمجهم داخل المجتمع، بما يحقق المساواة والعدل لكافة فئات المجتمع وشرائحه؛ حتى يبقى المجتمع متماسكاً وقوياً.

والمجتمع الفلسطيني كغيره من المجتمعات الأخرى فإنه يواجه تلك الظاهرة، فقد أصبح المعاقون في المجتمع الفلسطيني يشكلون شريحة هامة من حيث العدد وكذلك نوعية أفرادها وطاقتهم ومؤهلاتهم؛ وبما أن كل فرد ليس بمأمن من الوقوع في فخ الإعاقة مهما كان نوعها، خاصة في ظل تزايد حالات الإعاقة الناجمة عن الاعتداءات الإسرائيلية والتي تتنوع ما بين القصف والتدمير والتنكيل واستخدام الأسلحة المحرمة دولياً والحصار الجائر، واعتداءاته المتكررة، وهذا جعل قضية المعاقين تؤخذ بعين الاعتبار والاهتمام، والعمل على معالجتها وتحسين برامجها، من أجل خدمة تلك الشريحة من المجتمع، والعمل على تقديم الخدمة المناسبة لها.

وعليه فإن تنشيط عملية دعم المعاقين وإشراكهم في المجتمع أصبح أمراً ضرورياً يتقاسم في عبئه كافة القطاعات الحكومية والأهلية والخاصة، من أجل تقديم حياة نابضة مفعمة بالدفء والشراكة من خلال تعديل الاتجاهات الاجتماعية والأسرية نحو الأشخاص المعاقين، وتشجيع مشاركة المجتمع المحلي في تقديم الخدمات لأفراده المعاقين، إضافة إلى تحسين أنماط الحياة اليومية عن طريق سلسلة من البرامج والمشروعات التي تغير نظرة المعاق إلى نفسه أولاً، ومن ثم تغيير نظرته نحو عالمه ومجتمعه، وكي يكون العمل متقنًا رأى الباحث أن يخصص فئة بالدراسة والتمحيص حتى نضع أيدينا على مشكلات تلك الفئة ونساهم في وضع حلول لها وبرامج وقائية تفيد الشعب الفلسطيني وأبنائه في المستقبل، وهنا تم اختيار فئة محددة وهي (المعاقين حركياً) ولأن العلم يحمل صفة التراكمية وجب ألا نغفل من سبقونا بالجهود في هذا المجال فقد تناول باحثون هذه الفئة والشريحة من المجتمع الفلسطيني بالدراسة مع وجود فروق بسيطة في موضوعات الدراسة كدراسة (إبراهيم،2009)، ودراسة (سكران،2009)، ودراسة (أبو موسى،2008) ، ودراسة (اللحام،2003) وغيرها.. حيث هدفت هذه الدراسات وغيرها إلى الارتقاء بأبناء الشعب الفلسطيني وتوفير البيئة المناسبة لهم من أجل النمو والتطور والتقدم.

ومن هنا نبعت هذه الدراسة التي تعالج موضوعاً غاية في الأهمية ألا وهو موضوع المعاقين حركياً في قطاع غزة، والتي نسأل الله الجليل أن تقدم هذه الدراسة ولو جزءًا بسيطًا في مساعدة هذه الشريحة من المجتمع الفلسطيني؛ حيث تناولت الدراسة **(المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة)**

للتعرف على مساهمة تلك المغيرات في تحقيق الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً، وأتمنى من الله أن تعمل هذه الدراسة على خدمة الفئة المستهدفة وأن تكون النتائج المستخلصة من هذه الدراسة حجر أساس يبنى عليه حتى نرتقي بإخوتنا (المعاقين حركياً) لمستوى من التوافق الاجتماعي والصلابة النفسية وأن يأخذوا دورهم بلا انتقاص في خدمة وطنهم .

1-2 مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

تعتبر قضية المعاقين حركياً من القضايا الهامة في المجتمع الفلسطيني، لاسيما قطاع غزة، حيث أن تلك المشكلة نبعت من الحالة العامة التي يعيشها الشعب الفلسطيني تحت الاحتلال مما خلف عشرات بل آلاف من المعاقين والمعاقين حركياً بشكل خاص، ومن هنا تبلورت مشكلة الدراسة في التعرف على مشكلات المعاقين حركياً في قطاع غزة. حيث تحددت مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤل الرئيس: "**ما مستوى (المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وما علاقتها بالصلابة النفسية للمعاقين حركياً ؟**".

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:-

1. ما مستوى كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن خدمات الرعاية لدى المعاقين حركياً ؟

أولاً: هل يختلف كل من المتغيرات التالية (الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية) لدى المعاقين حركياً باختلاف الحالة الاجتماعية؟

ثانياً: هل يختلف كل من المتغيرات التالية (الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية) لدى المعاقين حركياً باختلاف المؤهل العلمي؟

ثالثاً: هل توجد علاقة ارتباطية بين كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ؟

2. هل يختلف كل من المتغيرات التالية (الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية) لدى المعاقين حركياً باختلاف الجنس؟
3. هل يختلف كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً باختلاف السن ؟

1-3 فرضيات الدراسة :

تنطلق هذه الدراسة من خلال التعرف على الفرضيات التالية :

1. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(المساندة الاجتماعية– الإهمال) والصلابة النفسية للمعاقين حركياً.

2. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى (المساندة الاجتماعية– الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية المقدمة للمعاقين حركياً.
3. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى(المساندة الاجتماعية– الإهمال) والصلابة النفسية وخدمات الرعاية المقدمة للمعاقين حركياً تعزى للجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن .

1-4 أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى ما يلي :-

1. التعرف على مستوى (المساندة الاجتماعية – الإهمال) لدى المعاقين حركياً.
2. التعرف على مستوى (المساندة الاجتماعية – الإهمال) وعلاقتها بالصلابة النفسية.
3. التعرف على العلاقة التي تربط (المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات رعاية المعاقين حركياً .
4. معرفة العلاقة بين خدمات رعاية المعاقين حركياُ والصلابة النفسية .
5. التعرف على العلاقة بين (المساندة الاجتماعية–الإهمال) والصلابة النفسية وخدمات الرعاية وعلاقتها ببعض المتغيرات كـ(الجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والسن).

1-5 أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة من ناحيتين: ناحية نظرية، وأخرى تطبيقية على النحو التالي:-

1-1-5 الأهمية النظرية:

1. قد تسهم الدراسة في المساعدة على تقديم نصائح وتوجيهات للمراكز والمؤسسات المعنيّة للارتقاء بنزلائها من العاقين حركياً.
2. يمكن الاستعانة بالدراسة في تصميم برامج مستقبلية لمساعدة المعاقين حركياً على التكيف مع البيئة المحيطة بهم.
3. الاحتكاك المباشر بواقع المعاقين حركياً بحيث نثري معرفتنا حول مشكلاتهم.
4. تُعبر هذه الدراسة عن احترامنا للمعاقين ومساهمتنا ولو بجزء بسيط في التعرف على مشكلاتهم ومساعدتهم في حلها، وتقديم الخدمات المناسبة لهم.

5-1-2 الأهمية التطبيقية:

حيث تم تطبيق هذه الدراسة على مجموعة من المعاقين حركياً والذين يعانون من الإعاقة الحركية سواء بالسبب الوراثي أو من خلال الأسباب التي تعرضوا لها كالحوادث والقصف وغيرها... وهذا يساهم في مساعدة العاملين في هذا المجال التعرف على واقعهم، وبالتالي تحسين طرق العون والمساعدة لهم، والمساهمة في رسم البرامج المستقبلية من أجل رعاية المعاقين حركياً في قطاع غزة.

كما تنبع الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في مساعدة المعاقين حركياً وأسرهم في التكيف النفسي مع ظروفهم ومع المحيطين معهم في المجتمع للوصول لمستوى أفضل من الحياة التشاركية بين المعاقين والأسوياء.

1-6 حدود الدراسة:

- **الحد المكاني:** اقتصرت الدراسة جغرافياً على المحافظات الخمس لقطاع غزة .
- **الحد البشري:** تم تطبيق الدراسة على عينة من المعاقين حركياً المسجلين وغير المسجلين في جمعيات المعاقين حركياً.
- **الحد الزماني:** تم تطبيق هذه الدراسة في الربع الأول من العام 2013 م .
- **الحد العُمري** : اشتملت الدراسة على أعمار المعاقين ما بين (15 إلى35عام فأكثر)

1-7 تعريف مصطلحات الدراسة :

1-1-7 تعريف المعاق:

هو الشخص المصاب بنقص في جسمه أو الذي يبدي قصوراً عقلياً بحيث لا تكون لديه الإمكانيات لاكتساب أو لحفظ عمل ما، أي أن المعاق هو الشخص الذي يبدي عجزاً أو تصوراً في مقدرته البدنية أو العضوية أو العقلية (شكور،1995: 13).

ويتبنى الباحث التعريف السابق للمعاق لأنه اشتمل على تعريف واضح للمعاق حركياً بشكل خاص بما يخدم طبيعة هذه الدراسة.

2-1-7 الصلابة النفسية :

- **الصلابة النفسية هي :**

إدراك الفرد أو تقبله للمتغيرات أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها، فهي تعمل كوقاية من العواقب الجسمية والنفسية للضغوط وتساهم في تعديل العلاقات الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالنهم النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط (البلهاص، 2002 : 391).

ويعرف الباحث الصلابة النفسية إجرائيًا بأنها :مدى تقبل الفرد للضغوط والمتغيرات النفسية التي قد تنشأ لديه نتيجة اعتلال نفسي أو عضوي جسدي ألم به، وهي تتضمن الأبعاد التالية (المساندة الاجتماعية، الإهمال، الرضا عن خدمات الرعاية) وهذا ما ستقيسه الأداة التي أعدت لهذا الغرض.

3-1-7 تعريف المساندة :

ويتبنى الباحث تعريف نيازي " المؤازرة والدعم والتعاطف والمعونة النفسية التي يحصل عليها الإنسان من البيئة التي يعيش فيها سواء كانت مساندة رسمية تقدّم من خلال المؤسسات والمنظمات الاجتماعية المختلفة، أو غير رسمية تقدّم من خلال الأشخاص المحيطين بالإنسان كأفراد أسرته وأقربائه وأصدقائه وزملائه وغيرهم ممن لهم علاقة به" (نيازي،1999: 33) وذلك لأن طبيعة المجتمع الفلسطيني في مساندة المعاق تعتمد بشكل أساسي على مساندة الآخرين والمحيطين بالمعاق، إضافة إلى اعتمادها بشكل جزئي على المؤسسات التي تهتم برعاية المعاقين.

4-1-11 الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية :

يعرف الباحث الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية عبارة عن موقف أو توجه عام نحو تجربة عايشها الشخص أو المعاق تجاه خدمة تلاقها من أي من مؤسسات الرعاية الاجتماعية (مؤسسات، هيئات، أقارب، أصدقاء)وتشمل المساعدات المختلفة من أجل إشباع الحاجات الضرورية التي لم يتمكن من توفيرها بنفسه.

الفصل الثاني

الإطـار النظـري

- المبحث الأول: مدخل إلى الإعاقة الحركية.
- المبحث الثاني: المساندة الاجتماعية.
- المبحث الثالث: الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية.
- المبحث الرابع: الصلابة النفسية.

المبحث الأول
مدخل إلى الإعاقة الحركية

تعتبر الإعاقة الحركية أو البدنية من أسرع الإعاقات التي يمكن أن تصيب الإنسان في أي مكان أو زمان، كذلك فإن كثير من المواقف والظروف يمكن لها أن تؤدي للإصابة بالإعاقة الحركية كلية كانت أم جزئية، حيث إن كثيراً من الدول المتقدمة و حتى النامية أصبحت تنظر إلى هذه الفئة من الناس نظرة إنسانية جيدة، حيث يرى (أبو مصطفى، 2000: 4) أن" الاهتمام بالأفراد غير العاديين (المعاقين) من أجل تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع الأشخاص العاديين وغير العاديين مطلب هام؛ حتى يتمكن الجميع من المشاركة في بناء المجتمع حسب طاقته وإمكانياته"، فأصبحت تهيئ لهم وسائل المواصلات التي تتناسب مع إعاقاتهم و كذلك المباني التي تسمح لهم بسرعة و سهوله التنقل فالمدارس مثلاً : يوجد فيها الكثير من وسائل تساعد المعاقين حركياً على التنقل، إما باستخدام الأرض المائلة أو المصاعد الخاصة وهذا ينعكس ايجابياً عليهم ويخلق سهولة لهذه الفئة من حيث التفاعل مع المجتمع الذي تتواجد فيه، حيث أصبح المعاق لا يجد العائق الذي كان يشعر به في السابق من صعوبة في المواصلات أو صعوبة في التنقل من مكان إلى أخر .

وتعتبر مشكلة المعاقين ورعايتهم واحدة من المشكلات الاجتماعية التي تمتد جذورها إلى العصور القديمة والوسطى إلى أن وصلت إلى الوضع الذي توجد عليه في العصر الحديث ولكن تختلف بالطبع أساليب الرعاية ونوعيتها حسب الوضع السياسي والاقتصادي والاجتماعي والديني الذي كان سائداً في كل عصر من هذه العصور.

فالإنسان المعاق "مثل أي إنسان آخر له شخصية متفردة ومجموعة متميزة من الصفات الشخصية، وأن أوجه الرعاية والاهتمام العالمي بهذه الفئة تزداد من يوم إلى آخر، إلا أن ذلك يتحقق حسب الوضع الاجتماعي والاقتصادي والترفيهي للدول التي تعيش بها مثل هذه الحالات وهو ما لم يتحقق على أرض الواقع في كثير من الدول حتى اللحظة مما فاقم من مشكلاتهم" (هلال،2012: 5)، كما أن الإعاقة ليست اكتشاف جديد، لكن الرعاية والاهتمام بها هي من الأمور الحديثة في بعض الدول سيما النامية منها.

تعريف الإعاقة:

الإعاقة لغة:

المعنى اللغوي لكلمة معاق كما أشار إليه الرازي في مختار الصحاح، بأن أصلها عوق، عن كذا، أي حبسه عنه وحرمه، وكلمة معاق أصلها رباعي، أعاق وإعاقة، وهي اسم مفعول مشتق من المصدر المفعول فيما زاد عن الثلاثي يصاغ على وزن فاعله، ولأن وزنها يفتح ما قبل الأخير وتغير الألف بالميم، فتصبح معاق، أعاق، معاق(الرازي، 1989: 380).

الإعاقة في الإصطلاح:

وكلمة معاق باللغة الانجليزية Deformity Handicapped، وتعنيان تكبيل البدن ونقص التكوين (أبو النجا، بدران،2003: 14).

ويعرفها(غياري، د.ت: 18) بأنها: " هي القصور أو العجز المزمن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص الجسمية أو النفسية أو العقلية والاجتماعية لتجعله غير قادر على أداء بعض الأعمال والمهارات والتعامل مع الغير وغير قادر على إشباع احتياجاته بما يؤدي إلى عدم قدرته على أداء وظائفه الأساسية .

وإن هناك عدة دلالات تشير إلى المعاق وهي على النحو التالي(فهمي وسيد، 1983 : 49):

- **الإعاقة** : يشير هذا المصطلح إلى ما يطلق على كل من تعوقه قدراته الخاصة عن النمو السوي إلا بمساعدة خاصة .
- **الضعف** : يشير هذا المصطلح إلى ضعف علاقات المعوق مع أسرته وجماعته الأسرية أو الاجتماعية .
- **العجز** : يشير هذا المصطلح إلى تفكك في علاقات المعوق بالآخرين وانعكاسها سلبيا في المجتمع .

مفهوم الإعاقة الحركية:

هناك عدة تعريفات للإعاقة عامة، والإعاقة الحركية خاصة وسيورد الباحث بعض التعريفات التي تعرضت للإعاقة الحركية:

- يقصد بالإعاقة الحركية "بأنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي، والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة" (عبيد،2012: 16).
- " هي حالة من الضعف العصبي أو العظمي أو العضلي أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي والدراسي " (العزة،2000: 14).

- هي عبارة عن اضطراب أو خلل غير حسي يمنع الفرد من استخدام جسمه بشكل طبيعي للقيام بالوظائف الحركية" (أبو النجا وبدران،2003: 143).
- هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أو كلتيهما معا في الأطراف السفلي والعليا أحيانا أو إلى اختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية (العواملة،2003: 27).
- ويطلق رمضان القذافي على الإعاقات البدنية مصطلح المعوقين حركياً، ويتناول فيها الفئات الأربع التالية (عبيد،2001: 12).

1- المصابون باضطرابات تكوينية: ويقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم أو أثرت هذه الاضطرابات على وظائفها وقدراتها على الأداء.
2- المصابون بشلل الأطفال: وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض أجزاء الجسم وبخاصة الأطراف العليا والسفلى.
3- المصابون بالشلل المخي: وهو اضطراب عصبي يحدث من وجهة نظره بسبب الأعطاب التي تصيب بعض مناطق المخ، وغالباً ما يكون مصحوباً بالتخلف العقلي على الرغم من أن كثيراً من المصابين به قد يتمتعون بذكاء عادي كما قد يكون بإمكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى مستوى الكفاية الاقتصادية.
4- المعاقون حركياً بسبب الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية وإصابات العمل وهؤلاء قد يعانون من فقد طرف أو أكثر من أطرافهم وافتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم اختيارياً، بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة، أو بسبب فقد بعض الأنسجة، أو بسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية، أو لأي سبب آخر.

من خلال التعريفات السابقة يرى الباحث بأنه يمكن تعريف الإعاقة الحركية بأنها عبارة عن عيب خلقي أو مكتسب في كل أو جزء من جسم المعاق يعيقه عن القيام بالوظائف الحركية والتي لا تجعله على قدم المساواة مع غيره من الأسوياء.

وهذا يعني أن المعاق لا يستطيع ممارسة حياته الطبيعية العادية بسبب وجود ما يعيق القيام بتلك الأعمال الروتينية وغير الروتينية.

الإعاقة الحركية نبذة تاريخية:

مما لاشك فيه أن تاريخ الإعاقة بشكل عام، ولا سيما الإعاقة الحركية مرتبط بأقدم الحقب الزمنية، ولربما بتاريخ نشأة البشرية، حيث يرى الباحث أنه بالنظر إلى أسباب الإعاقة يجد أن هناك عوامل كثيرة تسبب الإعاقة الحركية من أهمها: عدم الوعي الصحي، وعدم التقدم الطبي، ومن المتعارف عليه أن المجتمعات البدائية عاشت تخبطاً صحياً وكانت تعتمد على الوسائل البدائية في العلاج للكثير من العلل والأمراض، وبالتالي فإن الإعاقة الحركية نشأت مصاحبة بنشأة البشرية شأنها شأن الكثير من الأمراض، وقد كان يعامل صاحب الإعاقة بنوع من الإهانة والاحتقار، " ففي العصور القديمة عان المعاقون في كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا"(فهمي،2002: 236).

ولا شك أن هذا الاعتقاد كان ناجماً عن العديد من الخرافات التي كان يعيشها العصر القديم " حيث العمى ظلام والظلام شر والمجزوم هو الشيطان بعينه ومرضى العقول هم أفراد تلتبسهم الشياطين والأرواح الشريرة" (محمد،2002: 231).

أما في العصر الإسلامي فقد عاشت الرعاية الخاصة بالمعاقين "أزهى صور الرعاية المتنوعة للمعوقين وذلك في إطار سياسات التكافل الاجتماعي للإسلام"(هلال،2009: 15).

ولكن الملاحظ هنا هو أن خدمات الرعاية للإعاقة الحركية والتأهيل هي الحديثة نسبياً، فشلل الأطفال مثلاً " كان أكثر أسباب الإعاقة الحركية شيوعاً في عقد الأربعينيات، فقد تم القضاء عليه تقريباً في بعض دول العالم عام (1966)، أما الشلل الدماغي فقد عرف من قبل المصريين القدماء وأنه تم تمييزه عن شلل الأطفال، وقد ظهرت بعض الكتب الطبية عن الشلل الدماغي منذ عام (1479م)، إلا أن جراح العظام البريطاني (وليام لتل) قدم أول وصف عيادي لشلل الدماغي منذ عام (1843م)، ونسبة إليه فقد سمي هذا المرض باسم مرض لتل (Latte's Disease) لسنوات طويلة"(عبيد،2012: 28).

ومع عصر النهضة الحديثة وما صاحبه من ثورات إصلاحية ظهرت حركات الاهتمام بالمعاقين حيث " أدت التطورات السريعة في الفلسفة الاجتماعية وفي نظريات التعلم وفي المجلات التكنولوجية إلى ثورة مستمرة وجعلت العمل في مجال التربية الخاصة من الإثارة بقدر ما به من الصعوبة، وفي السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر، والتي كانت ما بعد الثورتين الأمريكية والفرنسية استخدمت إجراءات وطرق فعالة في تدريب وتعليم الأطفال الذين كانون يعانون من إعاقة حسية (كالصمم وكف البصر)، وذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا، ثم تلتها الإعاقة العقلية والحركية"(عبيد:2001: 22)

وفي القرن العشرين كان هنالك شعور عام في الأوساط الطبية بعدم كفاية وفاعلية أساليب العلاج الطبي التقليدية، وكان هناك نظرة بضرورة الاهتمام بالأساليب التربوية إلى جانب

العمليات الجراحية، "وكان القانون العام (142/94) سنة (1975) والمعروف باسم التربية لكل الأطفال المعاقين، والذي تبنته الأمم المتحدة، من أهم القوانين التي نادت بالرعاية والتعليم والتشغيل للمعاقين، كما نادت الأمم المتحدة بأن يكون عام (1981م) عاماً دولياً للمعاقين، بقصد لفت أنظار شعوب العالم ودوله إلى مشكلة المعاقين الذي يبلغ تعدادهم (450) مليون معاق، وقد هدفت من وراء ذلك على المساعدة والرعاية والتدريب والإرشاد للمعاقين"(عبيد،2012: 30).

ويرجع الباحث تأخر الاهتمام والرعاية بالإعاقة الحركية إلى عدم التقدم التكنولوجي والطبي الذي يتناسب وطبيعة الإعاقة وعلاجها، وعبئها، ولكن بالإشارة إلى الإعاقة البصرية والعقلية فإنها تعتمد بشكل أساسي على الجهد الذاتي والرغبة في عملية التأهيل بعيداً عن الأجهزة الطبية المتقدمة. إضافة إلى ذلك فإن الاهتمام بالجانب التربوي إلى الجانب الطبي الجراحي من الأمور الهامة التي ساهمت في تطور الاهتمام والرعاية للمعاقين.

أنواع الإعاقة الحركية :

أولاً: الشلل المخي:

هو عجز عصبي حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ، وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلى أي ضعف أو نقص في القدرة على الضبط والتحكم في العضلات الإرادية يكون ناتجا عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي

(كوافحة وعبد العزيز،2005: 194).

ثانياً : التهاب المفاصل الروماتزمي:

يعرف الروماتزم بأنه عبارة عن مجموعة من الاضطرابات المختلفة تهاجم أعضاء مختلفة من الجسم ويعود أصل الروماتزم إلى أنه كلمة يونانية تعني التهاب يحدث في الجسم وتسمى بالعربية الرثيه .

تسبب أمراض المفاصل نسبة كبيرة في العالم من الإعاقة الحركية وتشمل مجموعة كبيرة من المرض كالتهاب المفاصل الرثواني المزمن والتهاب الفقرات اللاصقة وغيرها.

(الصفدي،2003: 65).

ثالثًا: هشاشة العظام :

مرض هشاشة العظام هو مرض خطير ولكنه نادر، ولا يعرف له سبب وإن كان الأطباء يعتقدون أن العوامل الوراثية قد تكون مسئولة، وأهم ما يميز هذا المرض افتقار العظام إلى الكالسيوم والفسفور مما يجعلها غير صلبة وبالتالي قابلة للكسر بسهولة كذلك يتميز هذا المرض بصغر حجم الجسم والضعف السمعي وازرقاق صلبة العين (الخطيب، 2003: 84).

رابعاً: استسقاء الدماغ:

يمكن تعريف هذه الحالة التي يتجمع فيها السائل المخي ألشوكي في منطقة ملامسة للمخ وقد يكون تحت الجمجمة مباشرة وقد يكون ذلك نتيجة لعيب خلقي عند الإنسان أو لتعرض الأم للأمراض أو للأشعة السينية أو تناولها بعض العقاقير (كوافحة وعبد العزيز، 2005: 195).

خامساً: إصابات الحبل الشوكي (النخاع الشوكي) :

النخاع الشوكي جزء من الجهاز العصبي المركزي، وهو رمادي اللون، يمتد داخل القناة الشوكية عبر الفقرات من الدماغ، وحتى مستوى الجزء العلوي من الفقرة القطنية الثانية (L1-2) ويبلغ طوله حوالي 50سم في الإنسان البالغ، وهو يؤمن الاتصال بين أجزاء الجسم والدماغ، وأن إصابة هذا الحبل تسبب شللا في الأطراف الأربعة السفلية مما يؤدي إلى فقدان الحركة (أبو جياب وآخرون، 2002: 11).

سادسًا: الوهن العضلي:

عبارة عن اضطرابات في العضلات الإرادية في الجسم، أسبابه غير معروفة ويحدث لدى الشخص تعب وإعياء في العضلات وخاصة عضلات الوجه والرقبة والعضلات القريبة من العيون وهو اضطراب نادر قد يحدث في أية مرحلة من مراحل العمر(البواليز،2000: 63) .

سابعًا: تشوهات الورك:

الورك هو القاعدة التي يستند عليها العمود الفقري ولذلك فإن التشوهات قد يكون لها مضاعفات على مستوى العمود الفقري، ومن الأشكال المنتشرة لتشوهات الورك خلع الورك (عدم وجود العظام في موقعها التشريحي الطبيعي) وقد أصبح علاج هذه الحالة يسيرا في الوقت الحالي، من جهة ثانية فقد يكون هناك تشوه انقباض في الورك يحد من قدرة الشخص على الجلوس وقد يكون هناك تشوهات انبساطية في الحوض ويتمثل علاجها تقليديا في اعتماد أوضاع جلوس خاصة وفي إجراء عمليات جراحية أحيانا (الخطيب،2003: 89).

ثامنًا: مرض ليح- بيرتز:

مرض يتلف فيه مركز النمو في عظمة الفخذ ولايزال سبب هذا المرض غير معروف بالرغم من أن البعض يعزوه للإصابات والعوامل الوراثية، ومن خصائص هذا المرض أنه يصيب الأطفال بين الرابعة والثامنة من العمر وأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث وإذا لم يعالج هذا المرض مبكرا فأنه يمنع وصول الدم إلى رأس عظمة الفخذ مما يؤدي إلى إعاقة حركية مزمنة.
(الصفدي،2003: 118)

تاسعًا: الصرع:

تمثل حالات الصرع شكلا آخر من أشكال الإعاقة الحركية وتبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الإرادية التي تظهر على الفرد مثل شحوب الوجه واختلال توازن الجسم والوقوع على الأرض والارتعاش وتصلب الجسم (الروسان، 2001: 272).

عاشراً: العمود الفقري المشقوق:

هو تشوه خلقي بالغ الخطورة، يخفق فيه العصب في الإغلاق بشكل كامل وأسباب هذا التشوه غير مفهومة بعد، والعمود الفقري المشقوق أنواع مختلفة ولكن أكثر هذه الأنواع خطورة الكيس السحائي ألشوكي الذي يبرز فيه جزء من الحبل ألشوكي والأعصاب خارج الفتحة في العمود الفقري ويظهر منذ الولادة على شكل كيس كبير الحجم نسبيا في أسفل الظهر والعلاج الوحيد هو الجراحة العصبية التي يجب إجراؤها بعد الولادة مباشرة إنقاذ لحياة الطفل.

(الخطيب، 2003: 84)

وتختلف نسبة الإعاقة الحركية من مجتمع لآخر تبعاً لعدد من العوامل أهمها العوامل الوراثية ثم العوامل المتعلقة بالوعي الصحي والثقافي، هذا بالإضافة إلى العوامل الطارئة كالحروب والكوارث.

أسباب الإعاقة :

تحدث الإعاقة الجسمية الحركية نتيجة لعدة أسباب وعوامل وظروف، كما تتنوع العوامل المسببة للإعاقة إلى عوامل خلقية أو وراثية أو بيئية مكتسبة كما تختلف باختلاف نوع الإعاقة وسن المعاق، ويمكن استعراضها على النحو التالي:

أولا: عوامل اجتماعية أو نظم وظواهر مجتمعية:

وهي عوامل ترتبط بنظم الزواج والإنجاب وتتشابك مع العديد من الأنظمة الاقتصادية والمجتمعية والصحية والتشريعية والعادات والتقاليد ومنها(هلال،2009: 20):

1- الزواج من الأقارب في إطار الأسرة أو القبيلة وينتشر بصفة أكثر في الريف وخاصة في دول الخليج والمجتمعات البدوية.
2- الزواج المبكر(قبل 18-20 سنة) والزواج المتأخر بعد (سن 30 سنة).
3- انتشار الأمية وانخفاض مستوى التعليم وخاصة بين الإناث.
4- خروج المرأة للعمل وخاصة في السنوات الأولى من عمر الطفل وغياب من يرعى الطفل بدلاً منها، مما يؤدي إلى أخطار تهدد حالته الصحية وتعرضه للحوادث المؤدية إلى الإعاقة.
5- الفقر وما يترتب عليه من قصور الإمكانيات الصحية والتربوية، وتنتشر الإعاقات المختلفة وخاصة الذهنية منها بين المجتمعات الفقيرة، ولا يعني هذا أن الفقر ذاته عامل

مسبب للإعاقة ولكن العوامل المسببة هي تلك التي يفرزها الفقر مثل سوء التغذية وازدحام السكان..إلخ.

ثانياً: أسباب تتعلق بالجوانب الصحية:

حيث إن هناك علاقة وطيدة بين الأوضاع الصحية وبين الإصابة بالإعاقة، فهناك العديد من الأمراض التي تصاحب الإنسان في خلال دورة خروجه للحياة وبعدها قد تؤدي إلى حدوث الإعاقة، ويمكن تفصيلها على النحو التالي:

1- مرحلة ما قبل الحمل:

فلا شك أن العوامل الوراثية تحدد قدراً كبيراً من طبيعة العمليات النمائية للجنين وللطفل الرضيع حديث الولادة، ومن المعروف أن المكونات الجنينية للجنين مركبة من نواة الخلايا (الحيوان المنوي والبويضة) في تركيب يطلق عليه الكروموسومات، ويحمل كل كروموسوم عدداً من الجسيمات الدقيقة التي تحمل الصفات الوراثية والتي تعرف بالموروثات (الجينات)، حيث يتكون الزيجوت (الخلية الأولى للجنين) من ست وأربعين كروموسوم تنتظيم في ثلاثة وعشرين زوجاً، إثنا وعشرون زوجاً من هذه الكروموسومات متشابهة تماماً ويطلق عليها (الصفات العادية) في حين يحدد الزوج الباقي جنس الجنين ويطلق عليه كروموسوم الجنس، احتمالات الخطأ في كلتا المجموعتين من الكوموسومات ينتج عنها إعاقات متنوعة منها الإعاقة الحركية (عبيد،2012: 19).

2- أسباب أثناء الولادة:

إن تعرض الطفل للمخاطر أثناء الولادة يسبب له بعض الإعاقات الحركية، فيوضح العزة أن الإعاقة الحركية قد تصيب المولود إذا تعرض إلى ما يلي(نتيل،2004: 27):

1- نقص الأوكسجين أثناء الولادة أو بعدها أو حتى قبلها قد يحدث تلفاً في الأجهزة العصبية بالمخ والمسئولة عن الحركة، مما يؤدي إلى الإعاقة الحركية.

2- صعوبات الولادة وما ينتج عنها من مشكلات خلع الورك، أو إصابة الطفل يافوخ نتيجة شفطه.

وترى (عبيد،2012: 21-22) أن هناك عدة عوامل أثناء الولادة وتسبب حالات من الإعاقة منها:

1- الولادة المبكرة (قبل الموعد الطبيعي).

2- ميكانيكية عملية الوضع.

3- وضع الجنين أثناء الولادة.

4- وضع السخد (المشيمة).

5- العقاقير والبنج (لما له من تأثير على الجهاز العصبي المركزي للوليد).

6- الولادات المتعددة أو (ولادة التوائم).

3- أسباب بعد الولادة:

إن التأخر في اكتشاف حالات الأطفال المصابين ببعض الإعاقات لا يعني أن الأسباب البيولوجية للإعاقة حدثت بعد الولادة، كل ما في الأمر إنه لم يتم التعرف على الحالة قبل الولادة وأثناء الوضع على أن هناك حالات تحدث بعد الميلاد وتكون لها نتائج وخيمة وربما ينتج عنها وفاة الطفل(عبيد،2012: 22).

وقد تحدث الإعاقة الحركية نتيجة بعض الأسباب التالية(نتيل،2004: 27-28):

أ- تعرض الطفل لفيروس شلل الأطفال هو أحد أسباب الإعاقة الحركية، أو إصابة الطفل بسل العظام والذي يسبب اعوجاج في العظام، ومن ثم تعطلها بالكلية.

ب-حدوث الإعاقة الحركية يرجع إلى الإصابة بالحوادث في إصابات المرور والحريق واللعب والعمل أو السقوط أو نتيجة ظهور بعض الأورام والأمراض الخبيثة التي تنتج عن خلل وظيفة العضو، مما يؤدي إلى بتره.

ثالثًا: عوامل وراثية:

من المعروف أو للعوامل الوراثية تأثيراً في نشوء الإعاقة وتطورها ويعزي لتلك العوامل المسببة في حدوث الإعاقة المتوسطة والشديدة كما يعزى للعوامل الاجتماعية والثقافية تأثيرها في الحالات البسيطة في مجال التخلف الذهني على وجه الخصوص(عبيد،2003: 29).

رابعاً: الحوادث والكوارث:

يؤدي غياب الوعي والإهمال من الأسرة إلى المدرسة إلى العديد من الحوادث التي قد تؤدي إلى الإعاقة ومنها حالات إعاقة نتيجة تناول الطفل أقراصاً أو مشروبات سامة، كذلك تؤدي حوادث المرور وحوادث العمل في الورش التي عمل فيها الأطفال والكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والكوارث التي من صنع الإنسان كالحروب والجريمة إلى مضاعفة حالات الإعاقة(هلال،2009: 22).

وتعتبر الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة كثيرة من الأطفال بالتلف المخي، علاوة على الإصابة في الأطراف، وفي منطقة الرأس، وغير ذلك من الإصابات الجسمية المباشرة. وكذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى، أو بعض الأمراض العصبية(عبيد،2012: 22).

ويرى الباحث أن الحروب لها دور كبير في إحداث الإعاقة الحركية، حيث ينظر الباحث إلى واقعه المحلي، وما نجم عن الحرب الأخيرة على قطاع غزة من قبل الاحتلال الإسرائيلي عام 2008م، وما نجم عنها الكثير من الإعاقات الحركية من بتر لبعض الأعضاء الجسمية

للمواطنين الفلسطينيين، إضافة إلى احتراق بعض الأعضاء بسبب الفسفور الأبيض الذي استخدمته إسرائيل في حربها على قطاع غزة.

واقع المعاقين في فلسطين:

يعتبر المعوقون الشريحة الأكثر تهميشا في المجتمع، والفئة التي تعاني من استبعاد واجحاف في الحقوق فقط، وتأتي التنمية نتيجة للجهود المنظمة وفق تخطيط وتنسيق بين الإمكانات البشرية والمادية المتاحة في جمع معين بغية تحقيق مستويات أعلى للدخل القومي والمداخل الفردية ومستويات أعلى للمعيشة والحياة الاجتماعية في جوانبها المختلفة وصولا إلى تحقيق أعلى مستوى من الرفاهية الاجتماعية والتنمية الاقتصادية تعمل على زيادة في الإنتاج وفي الثروة القومية، وتنمية اجتماعية تعمل على رفع مستوى الحياة الاجتماعية(عواده،2007: 23).

وتشير دائرة الإحصاءات المركزية الفلسطينية إلى أن نسبة المعاقين بلغت (4%) من عدد السكان كما بينت وزارة التربية والتعليم العالي أن أعداد الطلبة المعاقين (ذكوراً وإناثاً) في مدارسها وحسب إحصاءات الإدارة العامة للتخطيط قد بلغ ما يقارب (5400) منهم ما يقارب (1500) في المرحلة الأساسية، حيث تتوزع هذه الإعداد على الإعاقة السمعية (1165)، والإعاقة البصرية (1231)، والإعاقة الحركية (1721)، والاضطرابات في النطق (1721)(وزارة التربية والتعليم،2008: 16).

ويلاحظ عدم وجود سياسات واضحة ومحددة يمكن تطبيقها للوقاية من أسباب الإعاقة ، سواء أكانت الإعاقات الناجمة عن الأسباب الوراثية أو الأخطاء الطبية أو الأمراض البيئية ، وعجز خدمات التأمين الصحي عن تزويد المعاقين حركيًا بالأدوات المساعدة اللازمة كالأطراف الصناعية التي تباع بأثمان مرتفعة وعجز المعوقين عن توفير الأموال اللازمة لشرائها غير أن هناك مؤسسات أهلية تقدم الخدمات الطبية الأساسية للمعاقين وبعض هذه المؤسسات يقدم هذه الأدوات المساعدة مجانًا أو بأسعار مدعومة من بعض المؤسسات الخيرية المحلية أو الدولية(عواده،2007: 24).

وتظهر الاحتياجات الخاصة بالمعاقين حركياً في فلسطين بشكل عام، وفي قطاع غزة على وجه التحديد من خلال النقاط التالية:

1- الأوضاع الاجتماعية (أبو جياب وآخرون،2005: 14):-

1. يعيش المعاقين حركياً في أوضاع اجتماعية واقتصادية سيئة للغاية من حيث زيادة ظهور المشاكل النفسية الأسرية والاجتماعية، بينهم ويرجع ذلك إلى سبب نقص الوعي المجتمعي حول حقوقهم واحتياجاتهم والنقص الشديد في برامج التأهيل المبنى على المجتمع.

2. وجود أكثر من معاق في الأسرة والتي لم تقدر لتوفير متطلبات الحياة الأساسية لهم نظراً لارتفاع نسبة الفقر والبطالة في المجتمع.
3. ارتفاع نسبة البطالة بين المعاقين والنقص الشديد في توفر فرص العمل الملائمة لهم نظراً لعدم توفر مراكز التأهيل المهني المهيأة لذوى الإعاقة الجسدية والمعوقات البيئية والذي أدى إلى تسول العديد منهم والذين يعتاشون على الصدقات والمساعدات.
4. النقص الشديد في برامج التأهيل المهني المتطورة واتباع المؤسسات الأهلية وبرامج التأهيل الحرفية للمعاقين فقط.
5. النقص الشديد في الوعي المجتمعي حول الحقوق والاحتياجات للأطفال المعاقين.
6. النقص الشديد في توفر مراكز تنمية القدرات للأطفال المعاقين.

2- الأوضاع السكنية للمعاقين حركياً:

يواجه المعاقون الكثير من المعاناة المتصلة بتأمين السكن الملائم، فالمنازل الخاصة بأسر المعاقين لا تراعي الاحتياجات الخاصة بهم، ولا توجد برامج ومشاريع لإدخال التسهيلات على تلك المنازل، حيث يواجهون مشكلة حقيقية على صعيد ممارسة الحق في السكن. فالمنازل الخاصة في الغالب غير سهلة ولا تتوفر فيها المواصفات المعيشية من الإنشاء، ويمكن أن نرد ذلك إلى ثقافة المجتمع التي لا تتجه نحو تشييد منازل مناسبة لمراحل العمر كافة وتظهر المشكلة في المباني القديمة (البلدة القديمة) التي يصعب من الناحية الفنية إدخال التسهيلات عليها، وإنّ إدخال جزء من هذه التسهيلات يكون مكلفًا بشكل كبير، ومع وجود عدد من المؤسسات التي تدعم أسر المعوقين لتحويل منازلهم إلى أماكن يمكن استعمالها بسهولة، والغريب في الامر أن وزارة الإسكان والجمعيات المختلفة لا تقوم بأخذ حاجات المعوقين الحركية لدى تصميم المشاريع الخاصة بالسكن، ولا يتم بالتالي تخصيص حصص للمعاقين عند توزيع الشقق(عوادة،2007: 25).

3- الأوضاع الصحية :

يعاني المعاقين حركياً في قطاع غزة مجموعة من الأوضاع الصحية السيئة وخصوصاً حالات الإعاقة الشديدة والتي تقبع في منازلها بدون أدنى رعاية صحية تقدم لهم، وذلك يرجع إلي الأسباب التالية(أبو جياب وآخرون،2005: 14):-

1. النقص الشديد في توفر مراكز التأهيل الطبي المتخصصة في المعاقين حركياً.
2. النقص الشديد في توفر الكوادر الفنية المتخصصة بتأهيل المعاقين.
3. النقص الشديد في الأدوات المساعدة والأدوية.

4- الأوضاع التعليمية:

يبدو للوهلة الأولى أن معاناة الطلبة المعوقين حركيًا أقل من غيرهم من أصحاب الإعاقات الأخرى كونهم لا يواجهون مشاكل في الإتصال مع المعلمين، أو الإفادة من أساليب وطرائق التعليم التقليدية المستخدمة في المدارس، والحقيقة أن المعاقين حركيًا يواجهون مشاكل ذات طبيعة مختلفة عن تلك التي يواجهها زملاؤهم الصم والمكفوفين، فنسبة الأمية بين المعاقين حركيًا عالية جدًا ويعانون وأسرهم معاناة شديدة في الوصول إلى المدارس، بسبب رداءة نظام المواصلات، ووجود العوائق الهندسية التي تمنعهم من الدخول إلى المنشآت التعليمة، واستعمالها بسهولة، كما يعاني هؤلاء من معاملة زملائهم الطلبة القاسية ما يدفع كثيرا منهم إلى التسرب من المدارس(عواده،2007: 27).

ويلاحظ انخفاض نسبة التعليم المبكر (روضة) لأقل من 1% والتعليم الأساسي لـ 19.7% نظراً لعدم قبول رياض الأطفال لانتساب الأطفال المعاقين فيها علاوة على عدم موائمة رياض الأطفال والمدارس العامة مع عدم توفر المتخصصين بين طواقم التدريس فيها (أبو جياب وآخرون،2005: 15).

خلاصة القول: يكمن في أن المعاقين حركياً يمثلون فئة مهمة جداً في المجتمع الفلسطيني بشكل عام وفي قطاع غزه ومحافظاته بشكل خاص، ولا شك في أن هذه الفئة لم تلق الرعاية الحقيقية والكاملة من فئات المجتمع المختلفة بقطاع غزة، وذلك لوجود الاحتلال الإسرائيلي الذي لم يرحم شجراً ولا حجراً ولا إنساناً إلا وامتدت يده إليه. وكذلك أنها لم تلق الرعاية الصحيحة حتى من المؤسسات التي تأسست وهي تحمل على عاتقها هم المعاقين حركياً في قطاع غزة بل كانت تعتبرهم مدخلاً لأجل الحصول على امتيازات خاصة بها ولقد تحدثت إلى بعض المعاقين في مؤسساتهم المختلفة وأكدوا أنهم لا يجدون الرعاية الواجبة من تلك المؤسسات التي ينتسبون إليها، وأن القائمون عليها بحاجة إلى تقديم خدمة أفضل للمعاقين في قطاع غزة من خلال النواحي المعنوية التي قد يكتسبها المعاق وليس المادية فقط التي تكتسبها المؤسسة .

المبحث الثاني

المساندة الاجتماعية

تعتبر المساندة الاجتماعية (Social Support) ظاهرة اجتماعية قديمة قدم الإنسان، وحظيت باهتمام الباحثين وذلك يعود إلى دورها الكبير والمهم في خفض الآثار النفسية السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد.

إلا أن الدراسات التي تناولت موضوعات المساندة الاجتماعية تحتاج مزيداً من الاهتمام، وذلك لأنها تعتبر مصدراً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه الفرد، وتلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في إشباع حاجة الفرد للأمن النفسي والاجتماعي

(حمدان،2010: 35).

وتلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في حياة المعاقين بشكل عام، والمعاق حركياً بشكل خاص فمن المتعارف عليه أن نفسية المعوق تختلف اختلافاً كلياً عن الشخص المعافى، ويرجع هذا الشعور الداخلي للمعاق نفسه. فهو يشعر بعجزه عن الاندماج في المجتمع نظراً لظروفه المرضية، مما يجعله يؤثر الحياة داخل قوقعة داكنة اللون، مغلفاً حياته بالحزن والأسى، وكلما تذكر المعوق إصابته، اتسعت الهوة بينه وبين مجتمعه، مما يجعله يزداد نفوراً وتقوقعاً، ومع ارتباط المساندة الاجتماعية بالتخفيف من أثار الضغط ، فقد حظيت باهتمام الباحثين اعتمادًا على مسلمة مفادها أن " المساندة الاجتماعية " التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة ،والأصدقاء ، والزملاء في العمل أو المدرسة أو الجامعة أو النادي؛ تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والمواقف السيئة التي يتعرض لها(شعبان،1992: 235).

ويرى الباحث أن المساندة الاجتماعية تقوم بدور جوهري في القضاء على نظرة يغلفها الخجل والحياء، وتساعده على الانخراط في دائرة المجتمع المتسعة، كما أن المجتمع نفسه لا ينظر إلى المعوق نظرته إلى الشخص السليم المعافى بل على أساس أنه عالة عليه، وهذا يضاعف من عزلة المعوق وانكماشه، وتساعد المساندة الاجتماعية بمؤسساتها المختلفة على تصحيح نظرة المجتمع نحو المعاق، وتقديم كافة أشكال الدعم والمساندة من أجل تحويل المعاق من شخص يمثل عالة على المجتمع، إلى شخص متفاعل يساهم في دور يمكنه من خلاله لعب دور الفرد المعافى؛ ولذلك فإن المساندة الاجتماعية تلعب دوراً أساسياً يتمثل في الوصول بالمعاق إلى المشاركة الحقيقية داخل مجتمعه.

تعريف المساندة الاجتماعية:

كثيرة هي الدراسات والأبحاث التي عالجت دور المساندة الاجتماعية، نورد بعضها على النحو التالي:

- المساندة الاجتماعية تعبر عن " النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطفي، كما أنها تتضمن نمطاً مستدمياً من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دورهاً هاماً في المحافظة على وحدة الجسم للفرد، كما أن الشبكة الاجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات النفسية وذلك للمحافظة على صحته النفسية(Caplan,1981: 413).
- المساندة الاجتماعية هي إدراك الفرد للمساندة المترتبة عن علاقته الاجتماعية ذات الأهمية وتعد تماسكاً اجتماعياً نتيجة ما يتلقاه الفرد من مساعدة من الأفراد المحيطين به أو من أي فرد آخر في بيئته الاجتماعية(سلطان،2009: 54).
- ويعرفها كل من الشناوي وعبد الرحمن بأن ها العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها، وان لها أثرًا ملطفًا على ضغوط الحياة (الشناوي ،وعبد الرحمن،1994: 4)
- وعرفها كوهين وآخرون (Cohan et al) بأنها تعني إشباع متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة
- المحيطة به، سواء كان من أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ، وتمكنه من المشاركة الاجتماعية الفاعلة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها (دياب،2006: 57)
- كما عرفها حسن (1996) بأنها درجة شعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية، والمساندة المادية والعملية من جانب الآخرون (الأسرة والأقارب، الأصدقاء، زملاء العمل، رؤساء العمل)، وكذلك وجود من يزوده بالنصيحة والإرشاد، وتكوين علاقات اجتماعية معهم (حسن،1996: 9)
- ويرى باريرا Barrera أن هناك ثلاثة مفاهيم للمساندة الاجتماعية هي

(علي،2005: 10):

1- الغمر الاجتماعي ويقصد به العلاقات والروابط الاجتماعية التي يقيمها الفرد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئته الاجتماعية.
2- المساندة المدركة وتتمثل في القيام بعملية تقويم معرفي للعلاقات الثابتة مع الآخرين.
3- المساندة الفعلية وتتمثل في الأعمال التي يقدمها الآخرين بهدف مساعدة شخص معين.

- كما تعرف (Cutrona,1996: 10) المساندة الاجتماعية على أنها إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم ، وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة، وتقديم المعلومات، وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد، خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط.
- أما بريرا فقد ذكر أن المساندة الاجتماعية " هي الدرجة التي يدرك بها الفرد أن حاجاته للمساندة، والمعلومات، والتغذية الراجعة يمكن تلبيتها أو الإيفاء بها من الأصدقاء والعائلة (Barrer,1983: 21).

وقد حدد بريرا وانلاي المساندة الاجتماعية كما يأتي:

1- **المساعدة المادية:** وهي تزويد الفرد بالمواد الملموسة كالنقود والأشياء المادية الأخرى.
2- **المساعدة السلوكية:** وهي الاشتراك مع الفرد بمهمات من خلال أداء عملي وفعلي وجسمي.
3- **التفاعل الحميمي:** تفاعل المودة وسلوك الإرشاد غير الموجه، كالإصغاء وإظهار التقدير والاهتمام والتفهم.
4- **التوجيه:** وهو تقديم النصيحة والمعلومات والتوجيهات.
5- **التغذية الراجعة:** وهي تزويد الفرد بالتغذية الراجعة من خلال مراجعة وتقييم سلوكه وأفكاره ومشاعره.
6- **التفاعل الاجتماعي:** وهو الاشتراك في تفاعلات اجتماعية للتسلية والاسترخاء.

(Barrera & Ainlay,1983: 135-136)

من خلال التعريفات السابقة يخلص الباحث إلى أن مفهوم المساندة الاجتماعية يتلخص في أنها مجموعة الروابط والعلاقات التي تربط الفرد بمحيطه سواء كانوا أصدقاء أو أقرباء أو مؤسسات والتي من خلاله يمكنه إيجاد المساندة الاجتماعية العاطفية والعملية منهم عند حاجته إليها و تتضمن كل من (المساندة النفسية والاجتماعية، مساندة الأسرة، مساندة الأصدقاء، مساندة المعلومات).

أهمية المساندة الاجتماعية:

إن المساندة الاجتماعية لها دوران أساسيان في حياة الفرد، دور إنمائي ودور وقائي، ففي الدور الإنمائي: يكون الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم أفضل من ناحية الصحة النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات، وفي الدور الوقائي: فإن المساندة الاجتماعية تساعد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة بأساليب إيجابية وفعالة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعاً لتوفر المساندة والعلاقات

الاجتماعية الجيدة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كماً ونوعاً، فحجم المساندة ومستوى الرضا عنها له دوره المؤثر في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة وأساليب مواجهته وتعامله معها(الشناوي، وعبد الرحمن،1994: 4).

ويشير (سارسون وآخرون Sarsson et al) إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسود المودة والالفة بين أفرادها ، يصبحون أفرادا قادرين علي تحمل المسؤولية، ولديهم صفات قيادية، لذا نجد المساندة تزيد من قدرة الفرد علي مقاومة الاحباط ، وتقليل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية، وإنها تلعب دور ًا مهما في الشفاء من الاضطرابات النفسية كما تساهم في التوافق الايجابي، والنمو الشخصي للفرد، وكذلك تقي الفرد من الآثار الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وأنها تخفف من حدة هذه الآثار وعليه فان هناك عنصرين مهمين ينبغي اخذهما في الاعتبار وهما: إدراك الفرد أن هناك عددا كافيا من الاشخاص في حياته، يمكن أن يعتمد عليهم عند الحاجة، وإدراك الفرد درجة الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، واعتقاده في ك فاية وكفاءة وقوة المساند ة، وهذان العنصران مرتبطان ببعضهما ويعتمدان في المقام الأول علي الخصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد (عبد الرازق، 1998: 569).

من خلال ما تقدم تبرز أهمية المساندة الاجتماعية بأنها (عودة،2010: 54):

1. تؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد .
2. المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الاحباطات ، وحل المشكلات بطريقة جيدة .
3. المساندة الاجتماعية تخفض وتستبعد عواقب الأحداث الصادمة والضاغطة على الصحة النفسية .
4. المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على تحمل المسؤولية ، وتبرز الصفات القيادية له.
5. المساندة الاجتماعية لها قيمة شفائية من الأمراض النفسية التي تسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي .
6. المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته ومقاومة الأحداث الصادمة.
7. المساندة الاجتماعية تخفف من وقع الصدمات النفسية ، وتخفف من أعرا ض القلق والاكتئاب.
8. المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته ، وعن حياته مما يتسنى له تقدير ذاته لاحقًا.

أهم نماذج المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية أنموذجين رئيسيين يفسران الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية حسب ما ذكر بانك وهورنز (Buunk & Horrens, 1992: 449):

أولاً: أنموذج الأثر الرئيس للمساندة الاجتماعية:

هذا الأنموذج المساندة من وجهة نظر سوسيولوجية (علم الاجتماع) المساندة الاجتماعية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية بمعني درجة التكامل الاجتماعي للفرد أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد بأنها قد ترفع من مستوى الصحة النفسية بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة، والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغير السريع.

ثانياً: الأنموذج الواقي (المخفف):

يعتبر المساندة الاجتماعية أحد المتغيرات النفسية الاجتماعية المعدلة، أو الملطفة، أو الواقية للعلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض على اعتبار أن المساندة ترتبط سلبياً بالمرض، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالمرض.

ثالثاً: نموذج الارتباط:

ويرى بولبي (Bowlby) مؤسس نظرية الارتباط أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له بسبب فقد شخص عزيز لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط.

وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما:

1- الشعور بالوحدة الوجدانية.

2- الشعور بالوحدة الاجتماعية.

والمساندة الاجتماعية تؤثر فقط في الشعور بالوحدة الاجتماعية أما الحالة الزواجية (متزوج- أرمل) فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية، وذلك لأن غياب الارتباط الوجداني مع الشكل الذي يتعلق به الفرد يؤر على الشعور بالوحدة الاجتماعية، وهناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية البدنية أو النفسية(إبراهيم،2001: 14).

رابعا: النموذج الشامل:

وضع هذا النموذج ليبرمان وبيرلن (Liberman & Pearlin) وتم إعادة تطويره في عام (1981)، وهو يرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو الآتي:

- يمكن أن تحد المساندة الاجتماعية من احتمالية وقوع الحدث الضاغط.
- إذا وقع الحدث الضاغط فإن المساندة من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.
- إذا وقع الحدث الضاغط فإن المساندة من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.
- إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب.
- يمكن أن تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضغط، وبذلك تعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من إجهاد.
- بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة أن تعجل من هذه الآثار (عبد الرحمن،1999، 324).

وقد تناول الباحثون نظريات المساندة الاجتماعية من منظور آخر على النحو التالي كما جاء في دراسة (Buunk& Hooren 1992 , 445_457):

1_ نظرية المقارنة الاجتماعية والتبادل الاجتماعي

توضح الأبحاث التي قام بها Schachter على العلاقة بين الخوف والاندماج: أن الخوف الناتج عن التعرض لصدمة كهربائية له آثار لدى الأفراد الخاضعين للتجربة مثل رغبة الشخص في الانتظار مع شخص آخر قد يكون في نفس الموقف ، إلا أن بعض الأبحاث التي اجريت مثل بحث :Zimbardo & Sarnoff أوضحت أن الميل إلى البحث عن صحبة الآخرين يتناقص في ظل حدوث العديد من المواقف المحرجة إذ توصل إلى أن القلق مثل (مص زجاجة الرضع) مقابل الخوف قد أدى إلى خفض معدل الاندماج ، إذ أن الخوف من الرفض الاجتماعي كان هو المسيطر على رغبة الفرد في الانتظار بمفرده عندما يشعر بالحرج ، كما أن وجود انفعالات وجدانية قوية يقلل من ميل الفرد إلى التحدث مع الآخرين ، وقد ركزت بعض الأبحاث على دور التعزيز الذاتي في مواقف الضغط فعندما يواجه الأفراد تهديداً فإنهم يشتركون في مقارنات بالأشخاص الأقل كفاءة منهم في محاولة لاسترجاع كيف ينظرون إلى أنفسهم (عندما يواجه الفرد مرضاً خطيراً فإنه يميل إلى مقارنة وضعه بالذين يواجهون أمراضاً أخطر وظروفاً أشد سوءًا) (الكردي،2012: 18).

2-نظرية التبادل الاجتماعي

ينظر إلى العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر من أهم نظريات التبادل الاجتماعي على أنها تتكون من تبادل المصالح والفوائد ، أي أن الأفراد المشتركين في علاقة

تبادل يفترضون أن تقديم فائدة أو منفعة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل ، وأن تلقي منفعة يُعد دَيْناً ملزماً بإعادة تقديم منفعة في المقابل ، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية ، ومن بين العوامل الهامة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة إذ أن التكافؤ مهم في علاقات العمل (علاقات مُلزمة) وكذلك في العلاقات الودية (علاقات الأصدقاء) .

(الصبان،2003: 31)

1_ الآثار السلبية للمساندة الاجتماعية

1- الآثار المباشرة التي تشمل التأثير الإيجابي للمساندة سواء كان الفرد يتعرض للضغط أم لا.

2- الآثار المخففة التي تشير إلى أن مستوى مرتفعا من المساندة يحمي الفرد من العواقب السلبية لمسببات الضغط .

ومن الملاحظات المحيرة في إطار المساندة الاجتماعية وجود آثار سلبية إلى جانب الآثار المخففة ، كما أن جميع الآثار المخففة تحولت إلى نقيض ما كان متوقع منها ، حيث ظهر أن العلاقة بين مصادر الضغط واستجابته كانت أعلى بين الأفراد الذين توفرت لهم أنظمة مرتفعة من المساندة الاجتماعية عن الأفراد الذين انعدمت لديهم هذه الأنظمة ، كما أن الأفراد الذين تقع عليهم مسئولية كبرى تجاه الآخرين في العمل كانوا أكثر اكتئاباً عندما أظهر زملاءهم ورؤساءهم المزيد من المساندة ، أي أن المساندة قد أدت إلى زيادة الضغط بدلاً من تخفيفه ، وقد توصل (Marcelissen & Kleber) إلى أن المساندة الاجتماعية كانت مرتبطة بزيادة الاكتئاب النفسي، كما أن الاندماج مع الآخرين يؤدي إلى زيادة الضغط ، وبالذات في المواقف التي تتضمن انفعالات قوية وتجارب مثيرة للحرج .

2- ضعف العلاقات والمساندة الاجتماعية في وجود الضغط

إن حدوث مسببات الضغط قد يؤثر بشكل سلبي على مقدار المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ، مما يؤدي إلى خفض هذا العامل المهم في عملية التأقلم في الوقت الذي يكون مطلوب بشدة ، وقد وجد (Marcilessen , Winnubst , Buunk , Wolf) في دراسة طولية على مجموعة من العمال والموظفين أن الشكاوي الوجدانية والقلق كانت مصدر تأثير على المساندة الاجتماعية المقدمة من زملاء العمل ، حيث تلقى العمال الذين ظهرت عليهم هذه الأعراض بشكل كبير مساندة أقل من زملائهم ، أي أن المساندة المقدمة من الزملاء تأثرت سلبياً بسبب التوتر وهناك العديد من العمليات التي تؤدي إلى آثار سلبية على الضغط ، إذ أن الأشخاص الذين تم إثارة حالة مزاجية فيهم ينظرون إلى الآخرين بشكل أقل إيجابية ممن يتمتعون بحالة مزاجية إيجابية ، كما أن ظروف ضغط العمل قد تقلل من اندماج الفرد مع الآخرين بسبب

الخوف من أن يبدو غير كفء ، والآخرين قد يبتعدون عن الفرد الذي يعاني من الضغط لإجهاد الفرد مقدم المساندة ، فالأفراد الذين يعانون من الضغط يتجنبهم الآخرون مما يؤدي إلى عزلتهم في النهاية .

3- تقديم المساندة بصورة أكبر من تلقيها وتلقيها بصورة أكبر مما يتلقاها الآخرون

بعض الأفراد يتلقون مساندة أكبر مما يتلقاها الآخرون نتيجة لبعض الظروف ولطبيعة حياتهم ، ولذلك فإن بعض الأفراد يقدمون المساندة بصورة أكبر مما يتلقونها في حين يتلقى بعضهم الآخر المساندة بصورة أكبر مما يقدمونها ، لذلك لابد من إحداث توازن على المستوى الجماعي في متوسط مقدار المساندة المقدمة والمتلقاة ، وقد وجد (Buunk *et al*) أن غالبية الأفراد يقدمون قدراً من المساندة أكبر من التي يتلقونها من زملائهم ، وفي تناقض صريح مع هذه النتائج فعندما يقارن الأفراد بين المساندة الاجتماعية التي يتلقونها ، والتي يتلقاها الآخرين فإنهم يبالغون نسبياً في تقدير معدل المساندة المتاح لهم دون الآخرين ، كما وجد (Tennen & Affleck) أن النساء اللاتي يعانين من مشاكل في الخصوبة يعتقدن أنهن بحاجة إلى مساندة اجتماعية أكبر من تلك التي تتلقاها النساء الأخريات .(الكردي،2012: 17)

أشكال المساندة الاجتماعية :

1. المساندة الانفعالية:

وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص من الآخرين ، والتي تشتمل على الرعاية، والثقة، والقبول، والتعاطف والمعاضدة والمؤازرة .

2. المساندة الأدائية:

والتي تكون من خلال إلحاق الشخص المسند بعمل يتناسب مع امكانياته وقدراته، وكما تشمل على محاولة أن يحل الفرد مشكلاته عن طريق تزويده ببعض النقود او الهدايا الملموسة.

3. المساندة بالمعلومات:

والتي تكون من خلال النصائح والمعلومات الجيدة والمفيدة، وتعليم مهارة حل المشكلات، وإعطائه معلومات يمكن أن تفيده وتساعده في عبور موقف صعب او اتخاذ قرار في وقت الخطر (الشناوي،وعبد الرحمن، 1994: 24).

4. المساندة الروحية:

والتي تتمثل في قراءة القرآن الكريم والعمل ب السنة المطهرة ، وأداء العبادات ومع الرفقة الإيمانية والتي تمكن الفرد من احتمال المواقف الصادمة ومواجهة الخطر برضا نفسي (علوان، 1983: 19).

5. المساندة الاجتماعية:

والتـي تنطـوي علـى مـا يقدمـه الأصـدقاء لبعضـهم الـبعض فـي وقـت الشـدة (ديـاب ، 2006:62) إلى أنواع المساندة الاجتماعية في محورين . ويشير داك (Dack):

1. المساندة المادية:

ويقصد بها المساعدة على تحمل اعباء الحياة اليومية .

2. المساندة النفسية:

وتشمل على تصديق الاراء الشخصية وتأكيد صحتها . ورغم اهمية هذين النوعين من المساندة الا انهما يتفاوت ان من ظرف لاخر ومن علاقة الى اخرى (دسوقي ، 1996: 64) المساندة الاجتماعية الي أربع فئات (Kohen & weles، ويصنف كوهين ووليز (1985) هي:

1. المساندة بالمعلومات:

وهـذا النـوع مـن المسـاندة يسـاعد فـي تحديـد وتفهـم آليـة التعامـل مـع الأحـداث المشـكلة الضاغطة، ويطلق عليها احيانا النصح ومساندة التقدير والتوجيه المعرفي .

2. مساندة التقدير:

وهـذا النـوع مـن المسـاندة يكـون فـي شـكل معلومـات، بـان هـذا الشـخص مقـدر ومقبـول، ويتحسن تقدير الذات بان ننقل للأشخاص انهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم وانهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات او اخطاء شخصية، وهذا النوع من المساندة يشار اليه ايضا بمسميات مختلفـة مثـل: المسـاندة النفسـية، والمسـاندة التعبيريـة، ومسـاندة تقـدير الـذات، ومسـاندة التـنفس، والمساندة الوثيقة .

3. المساندة الإجرائية:

وتشتمل علي تقديم العون المالي والامكانات المادية والخدمات ال لازمة، وقد يساعد هذا العون في تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الاجرائية، او عن طريق اتاحة الوقـت للفـرد المتلقـي للخدمـة او العـون للأنشـطة، مثـل : الاسـترخاء او الراحـة، ويطلـق علـي المساندة الاجرائية احيانا مسميات، مثل العون، المساندة المادية، المساندة الملموسة .

4. الصحبة الاجتماعية:

وتشتمل قضاء بعض الوقت مع الاخرين في انشطة الفراغ والترويح، وهذه المساندة قد تخفـف الضـغوط مـن حيـث انهـا تشـبع الحاجـة الـي الانتمـاء والاتصـال مـع الآخـرين، وكـذلك المساعدة علي أبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات، او عن طريق تيسير الج وانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من المساندة احيانا بأن ها مساندة الانتشار والانتماء (الشناوي، وعبد الرحمن، 1994: 40-41) واشار هاوس (Haws) في تصنيفه للمساندة الاجتماعية الي انها تأخذ عدة انواع وهي:-

1. المساندة الانفعالية:

وتشتمل علي الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص او يمكن أن يتوقع أن يتلقاها من الآخرين، التي تشتمل علي الرعاية، والثقة، والقبول، والتعاطف .

2. المساندة الادانية:

والتي تشتمل علي المساندة التي تتلقاها الفرد أو يتوقع أن يتلقاها من الآخرين، من خلال الحاقة بعمل يتناسب مع امكانياته ، وكذلك مساندته بالمال .

3. المساندة بالمعلومات:

والتي تنطوي علي المساندة التي يتلقاها أو يتوقع أن يتلقاها الفرد من الآخرين من خلال إعطائه نصائح أو معلومات جديدة ومفيد ة، أو تعليم مهار ة تؤدي الي حل مشكلة أو موقف ضاغط.

4. مساندة الأصدقاء:

والتي تنطوي علي ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة (عبد الرازق، 1998: 16).

وقد أجمل جنكيز (Jenkes) المساندة الاجتماعية في أربعة أنواع وهي :

1. المساندة الوجدانية:

وهي مساندة نفسية يجدها الإنسان في وقوف الناس معه، ومشاركتهم له أفراحه ، والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد في تهنئة الناس له والاستحسان، والتقدير ، والتقبل، والحب المتبادل، ويجد في مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والجزع، والتشجيع علي التفكير فيما أصابه بطريقة تفاؤلية، فيها رضا بقضاء ا لله وقدره، مما يجعله يشعر بالثقة مع نفسه والناس .

2. المساندة المعنوية أو الإدراكية:

وهي مساندة نفسية أيضا، يجدها الإنسان في كلمات حين الثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد الاستحسان والتقدير والتف اؤل والتقبل في تهنئتهم له والتخفيف من مشاعر التوتر والقلق بمواساتهم له.

3.المساندة التبصيرية أو المعلوماتية:وهي مساندة فكرية عقلية تقوم علي النصح والإرشاد وتقديم المعلومات التي تساعد الإنسان علي فهم الموقف بطريقة واقعية موضوعية ، وتجعله أكثر تبصرا بعوامل النجاح أو الفشل فيزداد قدرة علي مواصلة النجاح وعلي تحمل الفشل والإحباط ، بل قد يجد في النصائح ما يساعده علي تحويل الفشل إلي نجاح .

4. المساندة المادية أو المساندة العملية:

وهي مساندة مباشرة وفاعله في الموقف، ويحصل عليها الإنسان من مساعدة الناس له

بالأموال والأدوات ،أو مشاركته في بذل الجهد، وتحمل الموقف، وتخفيف المسؤلية، وتقليل الخسائر، وتقدم المساندة المادية في صورة هدايا أو منح أو قروض ميسرة أو أشياء عينية أو التطوع في عمل يزيد الفرح في السراء أو يخفف التوتر والألم في الضراء

(مرسي، 2000: 197).

ويرى الباحث أن المساندة الاجتماعية تظهر في أبهى تجلياتها عند شعور الآخرين بحاجة الفرد إليها وتقدم بأحسن صورها، وقد يعلم القائمون على مؤسسات الرعاية بشكل عام أهمية المساندة الاجتماعية ولا يمكن أن يستقيم حال من يتطلعون إلى الرعاية بدون مساندة اجتماعية والتي تمثل العمود الفقري الذي يفصل بين شعور الفرد بقيمته في المجتمع الذي يعيش فيه وبين شعوره بالإهمال الذي قد يلاقيه نتيجة عدم اهتمام المجتمع بمثل هذه الحالات، لذلك كانت المساندة الاجتماعية إحدى أهم الركائز الأساسية لعمل المؤسسات الاجتماعية والنفسية والتي تقدم خدماتها للمسترشدين بشتى أنواعهم وأشكال إعاقاتهم .

الإسلام والمساندة الاجتماعية:

لقد أسند الإسلام أهمية للتكافل والرحمة والمساندة بين الناس، والأمر بالإحسان للوالدين لما ينتابهم من كبر وضعف ووفاء لبعض ما قدما للابن، ثم ينتقل إلى ذي القربى واليتامى، والمساكين، والجار القريب، والجار الأجنبي، وابن السبيل. كما يفرض الإسلام علي القادرين زكاة في أموالهم ترد إلى الفقراء من المسلمين.

وفيما يلي عرض لبعض ما ورد في الهدي الإسلامي مما يدخل في المساندة الاجتماعية (الشناوي وعبد الرحمن، 1994: 46).

1. **الحض على التعاون على البر والتقوى وعدم التعاون على الإثم والعدوان:**

والبر والتقوى كلمتان جامعتان تشملان كل صالح من السلوك ابتغاء وجه الله وطمعا في رحمته وخوفا من عذابه، وبذلك فإن أي مساعدة يبديها إنسان نحو إنسان آخر في إطار البر والتقوى هي بلا شك مما يدخل في هذا التعاون.

2. **العلاقات الاجتماعية:**

يأمر الإسلام أبناءه بعقد علاقات طيبة من الآخرين وخاصة مع من يشاركوننا الدين، وفي نفس الوقت لا يمنع أن يمد الإنسان يد المساعدة لغير المسلم طالما أنه لم يعادي أو يحارب. ويمتد التعاون في الخير إلى أن يشمل البشر جميعاً. "يأَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ " (الحجرات، الآية: 13).

وكانت حادثة الهجرة من أكبر الدروس في المساندة التي يمكن أن نستسقيها من التاريخ، حيث تجلت المواساة والمؤازرة والمساندة في الموقف الذي اتخذه الأنصار تجاه المهاجرين. ولقد

شبه الرسول {صلى الله عليه وسلم} المسلمين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم بالاستجابة العضوية التلقائية للجسد الواحد الذي يؤثر بعضه في بعض، فعن النعمان بن بشير رضي الله عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم قال : { مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد إذا اشتكى شيئا تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى } (السفاريني، 1993: 481).

3. التواصي بالمرحمة:

كذلك فإن الإسلام يوصي أتباعه بالرحمة والتراحم كما يوصيهم بالحق ويوصيهم بالصبر وبكل مكارم الأخلاق، ويصفهم بالتراحم فيما بينهم. فالإسلام يوصي بتحرير الرقاب، وإطعام الطعام، في وقت الشدائد لليتامى، والمساكين، والتواصي بالصبر.

4. الواجبات الاجتماعية:

يلزم الإسلام أبناءه بواجبات اجتماعية يفيد بها بعضهم البعض إما في اتصال مباشر أو اتصال غير مباشر، فالزكاة ركن أساس من أركان الإيمان وهي محددة مقدارا ومصارفا، وهي أيضا تساعد علي تنمية مشاعر المودة بين الأغنياء والفقراء وتزيل الحواجز التي يضعها المال كما تزيل الإحباطات ومشاعر الحقد الصراعات الطبقية.

ولقد أرسى الإسلام مبادئ المروة، والغيرة، والإيثار، والطاعة للآباء والرحمة للأبناء وإمهال المقترض لوقت ميسرة وتحريم الربا والتواصي بالجار

(الشناوي و عبد الرحمن، 1994: 46-54)

خلاصة القول: يتمثل في القيمة النفسية التي قد تظهر نتيجة للمساندة الاجتماعية التي تقدم للمسترشدين والمرضى ذوي الإعاقة الحركية بشكل عام ولا شك بأن هناك أشكال عديدة للإعاقة النفسية أهمها والذي يلقى قبول جميع العاملين في الحقل النفسي والاجتماعي هو أن الإهمال الاجتماعي الواسع والكبير بالإضافة للصورة النمطية التي يضعها مجتمعنا الفلسطيني سيما في قطاع غزة بشكل خاص هو المسبب الحقيقي لاعتلال الصحة النفسية لذوي الإعاقات الحركية حيث يظهر في عيون الكثير من الأقارب والأصدقاء نظرة الشفقة أو النظرة التي قد تصل للاحتقار لمثل هذه الفئة وإن غابت مثل هذه النظرات في واقعنا الحالي لمثل هذه الفئة إلا أن ذوي الإعاقات الحركية لا ينفون حاجتهم الماسة للمساندة الاجتماعية، ولا شك في أن المساندة الاجتماعية تنعكس بشكل كبير على ظهور علامات التحسُن على الواقع الطبي والنفسي للمعاق إذا لقي المساندة الاجتماعية الحقيقة من البيئة المحيطة والمجتمع بشكل عام .

المبحث الثالث

الرعاية الاجتماعية

مما لاشك فيه أن موضوع الرعاية الاجتماعية من الموضوعات الهامة التي تحظى بالاهتمام المتزايد من كافة شرائح المجتمع ومؤسساته، حيث تتسابق جميع مؤسسات المجتمع المدني والدولي في توفير خدمات الرعاية الاجتماعية، وتتنافس في احتلال مركز الصدارة في تقديم تلك الخدمات.

والملاحظ أن اهتمام بالرعاية الاجتماعية نابع في الأساس من الإيمان بقيمة الإنسان وأهميته في المجتمع، وضرورة تقديم العون له ومساندته في مختلف مراحله العمرية.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه كان في الماضي ينظر إلى الرعاية الاجتماعية على أنها نوع من الصدقة أو الإحسان تجاه الفقراء والمساكين، إلا أن هذا المفهوم أصبح يتطور إلى علم له أصوله وقوانينه وخصائصه، و قد ازداد الاهتمام بالرعاية الاجتماعية في الألفية الثانية بشكل ملحوظ، وراح يتأثر بالفكر الأيديولوجي السائد في المجتمع الذي تقدم فيه خدمات الرعاية الاجتماعية.

مفهوم الرضا:

تعريف الرضا في اللغة:

الرضا : مقصور ، مصدر رضي يرضى ، وهو ضد السخط، رَضْواً: كان أشَدَّ رِضاً منه. يُقال: راضاني فَرَضَوْتُه: غلَبْتُه عند المراضاة. (مجمع اللغة العربية،1988)

تعريف الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية:

تنوعت تعريفات ومسميات الرضا ، حيث تم تقسيم هذه التعاريف حسب مشاعر الرضا، فقد تمثل محصلة كلية لشعور الفرد اتجاه عمله، أو قد تمثل مشاعر الفرد اتجاه جوانب وعناصر محددة لعمله، أي أن رضا الفرد اتجاه عمله يمكن أن يعبر عنه بدرجة رضاه الكلي أو العام عن العمل، كما يمكن التعبير عنه بالرضا عن جوانب جزئية معينة تتكون منها المشاعر اتجاه خدمة قدمت له أو تجاه موقف تعرض له... الخ.

رضا المرضى عن الخدمة المقدمة: موقف أو توجه عام نحو تجربة عايشها الشخص أو المريض في حقل الخدمات الصحية (Al sharif,2008,12)

فمثلا يعد التواصل الجيد بين المعاق وطاقم الإشراف والأطباء وجودة الطعام المقدم وخدمات الرعاية المختلفة والجودة النوعية والفنية للفحوصات الطبية ونوعية التدريبات لدى الطاقم التمريضي وسهولة الوصول للخدمات العامة وتوفرها وقلة وقت الانتظار، واستخدام المؤسسة للوسائل التكنولوجية ووسائل إدارة الجودة الشاملة، كل تلك العوامل تساعد عند تحقيقها على رفع مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية، وهو ما يؤدي لرفع مستوى المؤسسة طبيا ومهنيا وخدميا واجتماعياً بين مثيلاتها.

الرضا عن الحياة بأنه "تقبل الفرد لذاته، وأسلوب الحياة التي يحياها : يعرف (الديب،1988: 49) في المجال الحيوي الذي يحيط به، فهو متوافق مع ربه وذاته وأسرته وسعيداً في عمله، متقبلاً لأصدقائه وزملائه، راضياً عن إنجازاته الماضية، متفائلاً بما ينتظره من مستقبل، مسيطرا على بيئته، فهو صاحب القرار، قادرا على تحقيق أهدافه.

ويعرف الدسوقي (1998: 6) الرضا عن الخدمات بأنه تقييم الفرد لنوع الخدمات التي يتلاقها في حياته، ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأول ويقارنه بوضعه النفسي والاجتماعي والصحي.

ويعرف زايد (2001) الرضا عن خدمات الرعاية بأنه:" شعور الفرد بالارتياح تجاه طبيعة الخدمة المقدمة له سواء من الجانب النفسي أو الاجتماعي أو الصحي وتقبله لذاته، وأن يكون مجاله الحيوي مشبعاً لحاجاته الأولية والثانوية ولديه قد من الإيمان بالله، وأن يكون متوافقاً مع أسرته ومجتمعه"

ويشير الباحث إلى أنه حينما راجع أدبيات الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية ولم يجد تعريفاً يمكن نسبه للباحثين وعليه قام الباحث بتعريف الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية تعريفاً إجرائيا يخدم هذه الدراسة حيث عرفها: بأنها اتجاه إيجابي وموافقة من الشخص المعاق حول خدمة قدمت له من قبل إحدى مؤسسات الرعاية الاجتماعية (كمؤسسات الرعاية الخاصة بالمعاقين، أو الأصدقاء، أو الأقارب)، وهذا جعله يتجه اتجاها إيجابياً نحو تلك المؤسسات، ويتضمن كل من (الرعاية الاجتماعية، والرعاية النفسية، والرعاية الترويحية والتأهيلية، والرعاية الإعلامية).

الرضا وعلاقته ببعض النواحي النفسية:

يعتبر الرضا هو أحد علامات التوافق النفسي للفرد، ولظاهرة الرضا أهمية في معرفة الإنسان في جوانب حياته المختلفة، وبه يكون الفرد أكثر إنتاجية وأكثر إيجابية في التفاعل، وأكثر استقرارا، ويرتبط الرضا ببعض النواحي النفسية منها:

أولاً: الرضا ذو علاقة بالتوتر، فكلما انخفض التوتر كلما ارتفعت درجة الرضا.

ثانياً: علاقة بالتقبل، فكلما زاد تقبل الفرد بوضعه الاجتماعي أو الدراسي أو المهني كلما زادت درجة الرضا.

ثالثاً: علاقة بالتوقع، فالرضا مرتبط بمدى ما يتوقعه الفرد من عائد أو إثابة نتيجة ما يقوم به، وكلما كان توقع الفرد إيجابياً كان رضاه أعلى(سليمان،2009: 20-21)

ويعد الرضا عن خدمات الرعاية حسب ما يرى الباحث عاملاً أساسياً في توافق المعاق النفسي، وتقبله للأحداث والمواقف التي يتعرض لها، لذلك فإن انخفاض مستوى الرضا يدل على عدم التوافق النفسي للمعاق، والتأزم عند مواجهة ضغوط الحياة، وفي هذا المجال يحدد عسلية بعض علامات الشخصية السوية والتي يجب أن تكون قد تبلورت بعد تقبلها لخدمات الرعاية والتي تحاول أن تخلق تلك الشخصية للمعاق، وتتمثل في:

- التوافق الاجتماعي: حيث تكون قدرة الفرد على قعد صلات اجتماعية راضية مرضية، وعلاقات تتسم بالتعاون والتسامح، والإيثار، فلا يشوبها العدوان أو الارتياب أو عدم الاكتراث لمشاعر الآخرين، فهي علاقات متبادلة.
- التوافق الذاتي: قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة توفيقاً يرضيها جميعاً إرضاء متزناً.
- القدرة على تحمل الإحباط: يقصد به قدرة الفرد على الصمود للشدائد والأزمات، ويعني ذلك أن انفعالاته متوازنة مع حجم المشكلة أو الموضوع الذي يثير الانفعال.
- الإنتاج الملائم: حيث قدرة الفرد على الإنتاج المعقول في حدود ذكائه واستعداداته، ومحاولاً حل المشاكل بسلوك معين، وهو يعرف كيف يواجه المواقف، وقادر على إيجاد حلول بديلة إذ فشل.
- الجهود البناءة: حيث يساهم في إحداث تغيرات إصلاحية بناءة في بيئته ويسعى إلى تغيير واقعه إلى الأفضل.
- الاستقلالية: حيث ترتبط بقيم إنسانية فريدة صميمها الحرية والمسئولية، فهي تعني أن يأخذ موقفاً من هذا الواقع بإرادته الحرة بحيث يقيم الأمور بوعي ويختار أفضل البدائل المتاحة أمامه.
- الواقعية: يعني أن السلوك يوجه نحو حل المشاكل والضغوط التي يقابلها الفرد ويستطيع حلها ويحقق الأهداف التي يتمكن من بلوغها. (عسلية،2005، 205)

مفهوم الرعاية الاجتماعية:

لقد تعددت التعريفات التي عالجت مفهوم الرعاية الاجتماعية، فلم يتفق العلماء حتى هذه اللحظة حسب مفهوم محدد نحو الرعاية الاجتماعية، حيث يعتبر مفهوم الرعاية الاجتماعية من المفاهيم المركبة والإجرائية في نفس الوقت.

وعلى الرغم من الاتفاق على أن الرعاية الاجتماعية قديمة قدم الزمان، إلا أن هذا الاتفاق كما أشرنا لم يصاحبه اتفاق على مفهوم محدد، وذلك نظراً لحداثة الاهتمام بهذا العلم بشكل خاص، إضافة إلى اختلاف مضمونه التطبيقي باختلاف السياسة السائدة في المجتمعات وطبيعتها الأيديولوجية التي تحرك مسارها، والتي على أساسها تختلف البرامج والأساليب والفئات التي تخدمها وفقاً لاختلاف الأسس النظرية التي تعتمد عليها الرعاية الاجتماعية.

وفيما يلي سيتم تناول مفهوم الرعاية الاجتماعية من خلال تسليط الضوء على المفهوم اللغوي، والمفهوم العلمي التطبيقي للرعاية الاجتماعية.

التعريف اللغوي للرعاية الاجتماعية:

يشير المفهوم اللغوي للرعاية الاجتماعية كما جاء في لسان العرب أنه مشتق من (رعى) (راع)، وأن الراعي مصدر (رعى) الكلأ ونموه، ويقال رعى الأمير رعيته أي ساسها، وتدبر شئونها، ورعى الأمر أي حفظه.

ويقال (رعى عهده) أي حفظه، أو أن الحاكم راع لقومه أي يقوم بتدبير أمور رعيته المسئول عنهم.

فالرعي مصدر رعي الكلأ ونحوه يرعى رعياً، والراعي يرعى الماشية أي يحوطها ويحفظها، والماشية ترعى أي ترتع وتأكل الرعي(ابن منظور،1676/3).

أما كلمة الاجتماعية فأصلها جمع، قال ابن فارس: جمع: الجيم والميم والعين: أصلٌ واحد يدل على تَضام الشئ، يقال جمعتُ الشئ جمعا.

مفهوم الرعاية الاجتماعية في الاصطلاح:

هناك عدة تعريفات وردت في مجال الرعاية الاجتماعية، حيث وردت العديد من التعريفات والمفاهيم حول مفهوم الرعاية الاجتماعية نوردها بعضها فيما يلي:

- يعرف " والتر فريد لاندر" الرعاية الاجتماعية بأنها" نسق من الخدمات الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية مصمم من أجل تقديم المساعدة للأفراد والجماعات حتى يحصلوا على مستويات من الحياة مرضية، أيضاً مساعدتهم على تكوين علاقات سليمة، وعلى

تقوية أو تنمية قدراتهم بما يحقق نوعاً من التناغم بين الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات" (lander,1968: 3).

- يعرف " ليندمان" الرعاية الاجتماعية بأنها:" مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة نحو فئات معينة من الأفراد والجماعات ممن يحتاجون إلى ضروريات الحياة الأساسية أو يحتاجون إلى الحماية سواء كانوا أفراداً أو أسراً، وخاصة من يشكل سلوكهم تهديداً لرفاهية المجتمع" (علي،2004: 18).
- ويعرف " هوارد رسل" الرعاية الاجتماعية بأنها:" مجال المسئولية الحكومية التي تمارس لتحقيق الأمن والحماية وتوفير فرص التكيف الاجتماعي الناجح للشعب، أي لكل من الفرد والأسرة لإشباع الحاجات التي لا تقوم هيئات أخرى بإشباعها بما في ذلك المساعدات المالية للمحتاج وحماية الضعيف والعاجز من الاستغلال الاجتماعي وتوفير الخدمات العلاجية أو المسكنة" وبذلك يتضمن التعريف ما يلي(محمد،1980: 3):

أ- كل أنواع برامج المساعدات: المساعدات العامة ومساعدات العمل ومساعدة الفئات الخاصة.

ب-برامج الوقاية والعلاج للأحداث المنحرفين والمعوقين جسمياً وعقلياً وذوي العاهات.

ج- خدمات رعاية الطفولة.

د- خدمات رعاية المسنين.

هـ-خدمات رعاية المصابين بأمراض مزمنة وضعاف العقول والأحداث المنحرفين.

و- التأمينات الاجتماعية.

ز- الإسكان الاجتماعي.

- ويعرف الدكتور (عبد المنعم شوقي) الرعاية الاجتماعية بأنها:" تنظيم يهدف إلى مساعدة الإنسان على مقابلة احتياجاته الذاتية والاجتماعية، ويقوم هذا التنظيم على أساس تقديم الرعاية عن طريق الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية"(فهمي،2002: 23).
- ويعرف (أحمد كمال أحمد) الرعاية الاجتماعية بأنه هذا الكل من الجهود والخدمات والبرامج المنظمة –الحكومية والأهلية والدولية- التي تساعد هؤلاء الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي معاً في نطاق النظم الاجتماعية القائمة لتحقيق أقصى تكيف ممكن مع البيئة الاجتماعية(أحمد،1977: 20).

ويلاحظ الباحث من التعريفات السابقة أن الرعاية الاجتماعية استطاعت بمفهومها الشامل في العصر الحديث، أن تجسد أهدافها ومبادئها وفلسفتها بالمجتمع، بعد أن أصبحت تمارس وفق الأنظمة الرسمية وعبر التنظيمات الاجتماعية المختلفة، لتأخذ بذلك طابعاً شمولياً وتكاملياً سمت

بـه أهدافها بعيداً عن الربحيـة، ومـن أجل خدمـة الفرد مباشـرة، وأصـبحت أداة لحل المشـكلات الاجتماعية المتعددة، وصارت منهاجاً لوقاية المجتمع من العلل.

وقد تباينت هذه التعريفات، فليس هناك مفهوم موحد للرعاية الاجتماعية، وأهم أسباب هذا التباين ما يلي(أبو المعاطي،2004: 17):

١-اختلاف المتخصصين في تعريب مصطلح الاجتماعي حيث يترجمه البعض بالرفاه (social care) ، ويترجمه آخرون بالخير الاجتماعي.

٢-اختلاف مظاهر وبرامج الرعاية الاجتماعية من مجتمع لآخر.

٣-اختلاف الأسس النظرية التي يتم في ضوئها تقديم الرعاية الاجتماعية.

٤-الاختلاف في الأهداف الرئيسية للرعاية الاجتماعية مابين الأهداف العلاجية والوقائية أو كلاهما معاً.

٥-الاختلاف حول تحديد من المسئول عن برامج الرعاية الاجتماعية هل هي الأجهزة والمؤسسات الحكومية أم الجمعيات الأهلية.

أهمية الرعاية الاجتماعية للمعوقين:

يمكن توضيح أهمية الرعاية الاجتماعية للمعوقين فيما يلي(عزيز،2010: 73):

1- العناية بالمكفوفين واجب أخلاقي إنساني تفرضه الإنسانية والدين وواجب تفرضه طبيعة التكامل الاجتماعي وحق الفرد على المجتمع.

2- الاستفادة من جهود المعاقين في الإنتاج وبذلك توفر للمجتمع طاقات إنتاجية من الأعمال التي تتناسب مع طبيعة إعاقتهم.

3- إن الإنسان المعاق قادر وتحت شروط معينة وفق تدريبات خاصة أن يؤدي الكثير من المهام والأعمال التي يمكن الاستفادة منها.

4- يرى الباحث أن الرعاية الاجتماعية تساهم في إعطاء المعاقين فرصة حقيقية من أجل تحقيق الذات والبعد عن النقد الذاتي بكونه معاقاً لا يصلح للمشاركة في المجتمع.

5- كما يرى الباحث أن الرعاية الاجتماعية تساهم في مساعدة المعاق على تقبل فكرة الدمج، والرغبة في تحقيق الأهداف التي يطمح لها المعاقين.

خصائص الرعاية الاجتماعية:

هناك مجموعة من الخصائص للرعاية الاجتماعية وهي(الغرباوي،2009: 12):

١-الرعاية الاجتماعية جهود منظمةٌ وبرامج متكاملةٌ تتضمن تقديم خدمات متنوعة من خلال مؤسسات حكومية وأهلية في إطار يكفُل لكل مواطن حق الاستفادة منها.

٢-الرعاية الاجتماعية مفهوم واسع يشمل عديداً من الخدمات التي تختلف صورها من مجتمع لآخر.

٣-الرعاية الاجتماعية تشمل كل أشكال التدخل الاجتماعي لعلاج المشاكل الاجتماعية والوقاية منها.

٤-تسعى الرعاية الاجتماعية لتوظيف طاقات المجتمع واستثمارها لتحسين أحوال المواطنين الحالية والمستقبلية.

٥-تُمولُ الرعاية الاجتماعية من موارد المجتمع: سواء كان عن طريق الضرائب التي يدفعها المواطنون للدولة،أو عن طريق المنح والتبرعات الخاصة.

6- الرعاية الاجتماعية في ذاتها قيمة أخلاقية مجردة استمدت وجودها من القيم الروحية والإنسانية التي تحث على مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان(فهمي،2002: 32).

7- يمارس الرعاية الاجتماعية متخصصون مهنيون في كافة مجالات الخدمات المختلفة: تتعدد خدمات الرعاية الاجتماعية التي يكلفها المجتمع لمواطنيه، وبذا تتعدد التخصصات التي تشارك في تقديمها كالطبيب البشري والنفسي والأخصائي الاجتماعي والمدرب والمدرس والموجه..إلخ، يعاونهم في ذلك أجهزة إدارية وفنية للمعاونة في توصيل خدماتهم إلى مستحقيها

(أبو المعاطي،2004: 30).

8- الرعاية الاجتماعية تعني بالعوامل الطبيعية والبيئية: فالرعاية الاجتماعية في المجتمع المعاصر تهتم بالعوامل الطبيعية وتقويمها وبذل المجهودات المركزة لإخضاعها لخدمة الإنسان واستغلال الموارد المناسبة والكافية لمساعدة أكبر عدد من المواطنين. وبذلك أصبحت الرعاية الاجتماعية جزءاً هاماً في حياة الإنسان(أبو المعاطي،2004: 30).

9- تتسم جهود الرعاية الاجتماعية بالتخطيط والتنظيم بمعنى أنها تؤدي وفق السياسة للمجتمع وفلسفاته الخاصة، وفق خطط مرسومة منظمة(فهمي،2002: 32).

مما سبق يرى الباحث أن هذه الخصائص التي تميز الرعاية الاجتماعية من خلال كونها قيمة إنسانية لا تهدف إلى تحقيق العائد المادي في المقام الأول، وإنما تهدف بالدرجة الأولى إلى تقديم خدمة إنسانية لفئات محددة من المجتمع كالمعاقين، والمسنين، والأطفال، وضحايا الحرب..إلخ، وتشترك في ذلك مؤسسات الدولة العامة، والمؤسسات الأهلية، ومؤسسات حقوق الإنسان..إلخ من أجل تحقيق الرفاهية.

أهداف الرعاية الاجتماعية:

هناك مجموعة من الأهداف التي تسعى الرعاية الاجتماعية إلى تحقيقها، حيث يتمحور الهدف الأساسي حول تقديم الخدمة ومد يد العون لفئات محددة من المجتمع خاصة ذوي الحالات الخاصة. فأهداف الرعاية الاجتماعية تتمثل في التالية (أبو المعاطي،2002: 32-34):

1- الأهداف العلاجية:

حيث تهدف إلى علاج المشكلات العامة التي يعاني منها سكان المجتمع ومعرفة أسبابها والعمل على إزالة تلك الأسباب أو التخفيف من حدتها، وتتجه غالباً إلى بعض الفئات المحرومة والتي يطلق عليها الجماعات الهامشية كالأطفال المهملين وكبار السن والفقراء ...إلخ.

2- الأهداف الوقاية:

وتتضمن الأنشطة والجهود التي تبذل للتعرف على المناطق الكامنة والمحتملة لمعوقات الأداء الاجتماعي للأفراد والأسر والجماعات أو منع ظهورها مستقبلاً أو التقليل منها إلى أدنى حد ممكن وتتجه نحو الفئات التي يمكن أن تكون عرضة للتأثير السلبي في المستقبل من عملية التغير الاجتماعي الذي يمر بها المجتمع أي أنها تستبق حدوث تداعيات سلبية وتعد للتعامل معها سلفاً وليس بعد وقوعها.

3- الأهداف الإنشائية:

يهدف المساهمة في إيجاد رأي عام لتحمل المسئولية وتقليل الفاقد المادي والبشري في تقديم الرعاية الاجتماعية وتقوم بدور دافع نحو التعاون والمشاركة، والتكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، كما تتجه تلك الأهداف نحو الأبعاد الثقافية والاجتماعية لرفع مستواها لدى المواطنين.

4- الأهداف التطبيقية الخدماتية:

وهي عبارة عن الخدمات التي تتوفر للأفراد والتي تتضمن:

1. إيجاد مأوى للأطفال اليتامى.
2. تأهيل المدمنين للكحول والمخدرات.
3. علاج الذين يعانون من مشكلات انفعالية.
4. تقديم خدمات التأهيل المهني للمعاقين جسمياً وعقلياً.
5. مقابلة الحاجات المالية للفقراء.
6. تأهيل الأحداث الجانحين والمجرمين الكبار.
7. إنهاء التمييز والتفرقة بين الناس.
8. مساعدة الأمهات العاملات بتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.
9. إرشاد الأفراد والجماعات ذوي المشكلات الاجتماعية أو الشخصية.
10. تقديم الخدمات الترويحية، وشغل أوقات الفراغ لكل الجماعات من جميع الأعمار.
11. توفير التنشئة الاجتماعية السليمة لضعاف العقول، والمضطربين انفعالياً.
12. تقديم الخدمات للأسر المنكوبة بكوارث طبيعية مثل الزلازل والبراكين والحرائق والأعاصير.

ويرى الباحث أن أهداف الرعاية الاجتماعية تتمحور حول تقديم الخدمة والمساعدة، فهي تعمل على حل المشكلات التي يمر بها الأفراد من كافة شرائح المجتمع سواء الأسوياء الأصحاء أو ذوي الحالات والاحتياجات الخاصة، وهذا بدوره أكسبها مكانة وثقة لدى الأفراد ككل لا سيما الذين هم بحاجة إلى مد يد العون لهم من أجل تجاوز مشكلاتهم.

نماذج الرعاية الاجتماعية :

قدم كل من " ويلنسكي وليبو " Wilensky & Lbeaux وجهتي نظر للرعاية الاجتماعي هي(عجوبه،1990: 12-13):

1- النموذج العلاجي في الرعاية الاجتماعية .

2- النموذج المؤسسي في الرعاية الاجتماعية .

أ) النموذج العلاجي في الرعاية الاجتماعية :

يقصد بهذا النموذج أنه يقدم فقط عندما تعجز النظم الأساسية في المجتمع عن إشباع حاجات الفرد وخصوصاً عندما تعجز الأسرة ونظام السوق وبقية النظم الاجتماعية الأخرى عن الوفاء بوسائل إشباع الحاجات لذلك الفرد .

وهي بذلك تحدد في هذا النموذج صفات وخصائص مميزة فهي أولاً : مؤقتة قصيرة المدى تبدأ بوجود العجز أو الحاجة وتنتهي بتقديم المساعدة العاجلة إلى الفقير المحتاج ومن ناحية ثانية : فهي علاجية مشروطة بشرط ألا تقدم إلا لمستحقيها من الذين وقعوا فعلاً تحت طائلة مشكلات الفقر والعجز والعوز والحرمان وبالتالي لابد من التأكد من استحقاق المحتاج للمساعدة بتسوية عجزه الفعلي .

أهم خصائص الرعاية الاجتماعية في النموذج العلاجي (فهمي،2002: 200):

1- أنها خدمات ذات صبغة علاجية تستهدف علاج مواقف طارئة أو المساهمة في تكييف الأفراد أو الجماعة مع الظروف القائمة .

2- أنها خدمات طارئة وليست ضمن البناء الاجتماعي الطبقي في المجتمع فهي لا تقدم إلا عند الحاجة إليها عندما تظهر ظروف طارئة في المجتمع تستدعي تقديمها كعجز الأسرة أو النظام الاقتصادي .

3- أنها تقدم لفئات خاصة في المجتمع ، وليس لكل المواطنين بل تقدم للذين يعانون من عجز خاصة فئات المعاقين بمختلف أنواع الإعاقة .

4- غالباً ما تقدم عن طريق السلطات المحلية وتمول محلياً لذا فهي قد تختلف من منطقة محلية إلى أخرى داخل نفس المجتمع الواحد طبقاً لظروف وإمكانيات كل منطقة .

5- يغلب على خدماتها الطابع المادي حيث تعنى في المقام الأول بتقديم مختلف المساعدات المالية والاقتصادية التي تعين المحتاجين على مواجهة ظروفه الطارئة .

ب] النموذج المؤسسي في الرعاية الاجتماعية (الغرباوي،2009: 14) :

تنطلق فكرتها الأساسية من مبدأ أن الرعاية الاجتماعية ببرامجها وأنشطتها حق ووظيفة فرعية في المجتمع الحديث ، وترى من حيث الحق أنها حق للفرد في إشباع احتياجاته الأساسية .

خصائصها :

1- أنها خدمات دائمة تشكل جزءاً أساسياً من البناء الاجتماعي للمجمع وليست خدمات تقدم في حالة طارئة لسد عجز ما .

2- أنها تقدم لكل الفئات في المجتمع وليست لفئة خاصة أو لأفراد معينين فهي تمتد لتشمل كل الأفراد والمجموعات والمجتمعات من خلال أنماطها المتعددة التي تقدم لكل فئة وفقاً لاحتياجاتها .

3- الرعاية الاجتماعية وظيفة طبيعية يمارسها المجتمع لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على تحسين الوظيفة الاجتماعية .

تستهدف خدمات الرعاية الاجتماعية تحقيق أهداف وقائية وإنمائية بجانب الأهداف العلاجية .

ويلاحظ الباحث أن الرعاية الاجتماعية وبالإضافة لأهميتها القصوى في إحداث الفارق الكبير بين الإعاقة ذات الاهتمام الاجتماعي وبين الإعاقة التي لا تلق ذاك الاهتمام، أي تلك الإعاقات التي يمكن تسميتها بالإعاقات المُهملة إلا أنها أي – الرعاية الاجتماعية – تحاول الولوج في مفاصل مُهمة من حياة المعاق متمثلة في الانعكاس الواضح على الناحية النفسية للمعاق الذي يتلق تلك الرعاية من غيرة المُهمل، ولا شك في أن الرعاية الاجتماعية تلج أيضاً في الناحية الطبية العملية كون الرعاية الاجتماعية عِلم يمكن الاعتماد عليه لتحسين ظروف وطبيعة الإعاقة .

العلاقة بين الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية:

قبل الحديث عن العلاقة التي تربط الرعاية الاجتماعية بالخدمة الاجتماعية وجب الإشارة إلى مفهوم الخدمة الاجتماعية، حيث يعرفها (هيلين وتمر) بأنها " طريقة علمية لخدمة الإنسان، ونظام يساعد على حل مشكلاته وتنمية قدراته ويساعد النظم الاجتماعية الأخرى في المجتمع على حسن القيام بدورها كما يعمل على خلق نظم اجتماعية جديدة تظهر حاجة المجتمع إليها في سبيل تحقيق رفاهية أفراده " (خاطر، 1998: 124).

ويعرفها (محمد كامل البطريق) بأنها:" " الخدمة الاجتماعية هي الخدمات المباشرة التي تقدمها الهيئات والمؤسسات لمعالجة عدم التكيف أو سد العوز أو التفكك والحياة العائلية الصحيحة والتكيف والتأهيل الاجتماعي وتقدم الصحة وارتفاع مستوى التعليم ونشره وحسن استغلال أوقات الفراغ والنمو الذاتي للفرد والجماعة نحو المزيد من الخبرات والتجارب ... كما يجب الإشارة إلى أن الخدمات ليست محدودة لخدمة الناس أصحاب المشاكل فقط أو ذوي الفاقة في المجتمع بل تشمل الأسوياء، بهدف إسعاد جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن فئاتهم الاجتماعية " (رشيد،2000: 12)

وتكمن العلاقة بين الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية في أن الرعاية الاجتماعية ومنذ فجر التاريخ هي التربة الخصبة التي مهدت لظهور مهنة الخدمة الاجتماعية في صورتها الحديثة والتي لا تقوم على الإحسان، وإنما تقوم على أساس استخدام الأسلوب العلمي منهاجاً لها في تعاملها مع الأفراد والجماعات والمجتمعات.

والرعاية الاجتماعية (Social Welfare) نشأت وتطورت في معناها ونظمها وبرامجها بتطور المجتمع الإنساني ذاته، ومن خلال هذا التطور انبثقت الخدمة الاجتماعية كمهنة حديثة تساهم في تحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية بشكل أفضل، ويظهر ذلك جلياً في الدور الذي تلعبه الخدمة الاجتماعية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية المتنوعة والتي تهدف إلى تلبية احتياجات بعض الفئات في المجتمع من خلال قيامها بمجموعة من المهام يمكن تلخيصها في التالي(فهمي،2002: 360-361):

1- القيام بدراسات عن هذه المؤسسات بقصد التعرف على أوضاعها وكفاءتها في تقديم الخدمة، ونوعية وحجم المستفيدين، نوعية الخدمات، واحتياجاتها، المشكلات التي تصادفها.
2- مساعدتها في إعادة النظر في سياساتها وخططها وبرامجها ومشروعاتها واقتراح سياسات وخطط وبرامج ملائمة تسهم في تحقيق أهداف بفاعلية.
3- تقديم المشورة الفنية لمجالس إدارتها ولجانها.
4- تنظيم برامج تدريبية للعاملين فيها لرفع مستوى أدائهم لعملهم.

5- تزويد المؤسسات باحتياجاتها من الأخصائيين الاجتماعيين لكي يمارسوا العمل على المستوى الفردي والجماعي والمجتمعي وفقاً للأصول المهنية بقصد رفع مستوى أداء الخدمات في هذه المؤسسات.
6- كتابة تقارير دورية عن أوضاع هذه المؤسسات ورفعها إلى منظمات العمل الإسلامي، لمساعدتها في اتخاذ قرارات رشيدة بشأن هذه المؤسسات.

الرعاية الاجتماعية في الإسلام:

الرعاية الاجتماعية لها نموذجان: النموذج العلاجي؛ وهو الذي يعتمد على الجهود الفردية وما يقدمه أفراد المجتمع من صدقات ومساعدات مختلفة لإخوانهم المحتاجين. والنموذج الثاني؛ هو النموذج المؤسسي الذي تتكفل به الدولة، ويأخذ شكلاً رسمي، وله تنظيماته ومؤسساته والقوانين التي تنظمه. وهو النموذج الذي يضمن تقديم الرعاية لكل من يحتاجها بواسطة الدولة.

حيث تميزت الرعاية الاجتماعية في الإسلام بتحقيق مجموعة من الأهداف وهي (أبو المعاطي،2004: 89):

1- الاستخلاف في الأرض وتنظيم العلاقة بين الناس على أساس من التعاون والإخاء.
2- بناء الإنسان المسلم والارتقاء بمستواه وتحقيق مقاصد الشريعة الإسلامية.
3- إشباع أقصى قدر من الحاجات الإنسانية وضمان حد الكفاية لكل فرد من منظور المصالح المقصودة في التشريع الإسلامي.
4- تحقيق التوازن في توزيع أعباء التخلف والتنمية على المواطنين على أساس من العدالة في توزيع الحقوق والواجبات.
5- تحقيق السلام الاجتماعي بين أفراد المجتمع سواء كانوا مسلمين أو من أصحاب الديانات الأخرى.

مبادئ الرعاية الاجتماعية في الدين الإسلامي:

أقر الإسلام مجموعة من المبادئ التي تقوم عليها الرعاية الاجتماعية يوردها الباحث على النحو التالي:

1- تحقيق المصلحة ودفع الفساد:

إن أسس الحياة الاجتماعية في الأحكام القرآنية تقوم على تحقيق المصلحة لأكبر عدد ممن يظلهم المجتمع بأكبر مقدار من السعادة الحسية والروحية، ودفع الشر.

وقد استطاع فقهاء الإسلام أن يردوا أصول المصالح الاجتماعية إلى خمسة أمور تجب المحافظة عليها حتى تقوم العلاقات الاجتماعية على أكمل وجه، وحتى يتجه المجتمع بكل قوة إلى أسلم غاية وتلك الأمور الخمس هي: (حفظ النفس، حفظ العقل، حفظ النسل، حفظ الدين، حفظ المال) ولقد انحصرت المصالح في هذه الأمور لأن الدنيا بنيت عليها، ولأن كل مجتمع فاضل يجب أن يجعل غايته العليا المحافظة عليها، كما أن قوى المجتمع تتجه إلى المحافظة عليها، وتحقيقها ودفع الآفات الاجتماعية التي تعرض مصلحة من هذه المصالح للضرر (فهمي،2002: 101)

2- الإيمان:

ويقصد به تصديق القلب بالله ورسوله، حيث قال تعالى:" نَّمَا الْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ آمَنُوا بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ ثُمَّ لَمْ يَرْتَابُوا " (الحجرات، الآية: 15).

ويعتبر الإيمان من أكثر العوامل التي تبعث في نفس الإنسان الطمأنينة والأمان، وتشعره بالسعادة في دنياه وآخرته، وتنمي لديه الضمير اليقظ والأخلاق الفاضلة

(أبو المعاطي،2004: 99).

3- الشورى:

الشورى في الإسلام مبدأ أساسي في علاقة الحاكم بالشعب وعلاقة الأفراد ببعضهم وهو ما نسميه اليوم بالنظام الديمقراطي وقد قال تعالى:" وَأَمْرُهُمْ شُورَى بَيْنَهُمْ" (الشورى، الآية: 38)، كما قال جل شأنه :" وَشَاوِرْهُمْ فِي الأَمْرِ" (آل عمران، الآية: 159)، والشورى ليست في نظر الإسلام نظاماً للحكم فحسب، بل هي نهج في الحياة إذ يحمل كل فرد في المجتمع مسئولية اجتماعية في إصلاح مجتمعه والمساهمة في رقيه في اختيار الحاكم في الإسلام لابد أن يكون عن طريق الانتخاب فالحاكم مسئول أمام الرعية وكل راع مسئول عن رعيته

(فهمي،2002: 112).

4- المساواة:

ويعني ذلك المساواة في الحقوق والواجبات بين الأفراد حتى تتوفر الطمأنينة الناشئة من ثقة الأفراد بعدالة مجتمعهم بأنه لا فرق بين فرد وآخر إلا بما يقدمه لمجتمعه من عمل صالح، فلقد حرص على تقرير هذه المساواة في أكمل صورها فقرر أن الناس سواسية بحسب خلقهم الأول وعناصرهم الأولى وليس التفاضل في إنسانيتهم وإنما يجري التفاضل بينهم على أسس خارجة عن الإنسانية نفسها على أسس كفايتهم وأعمالهم وما يقدمه كل منهم لربه ولنفسه ومجتمعه والإنسانية(أبو المعاطي،2004: 99).

5- التكافل الاجتماعي:

تعتمد الرعاية الاجتماعية في الشريعة الإسلامية على مبدأ التكافل الاجتماعي فهو يقرر أن المحتاج إلى الرعاية تقع مسئولية رعايته على المجتمع وله حق المطالبة بها والتقاضي بشأنها، لذا جعل كفالة المحتاج على أفراد أسرته مسئولية مقررة سواء أكان طفلاً أو أرملة أو مطلقة أو عاجزاً عن الكسب، فإذا عجزت الأسرة عن هذه الكفالة انتقلت المسئولية للدولة التي تتكفل برعاية المحتاج. ولم يجعل هذه الكفالة تصدقاً أو إحساناً ولكنه قانوناً وللتكافل الاجتماعي في الإسلام شقين واضحين أولهما القائم على التراحم وهو غالباً ما اتصل برعاية الأسرة لذوي القربى وقد اعتمد الإسلام في ذلك على الصلة الطبيعية التي تدفع أفراد الأسرة إلى رعاية شئون الأبناء والأقارب – واليتامى والأرامل منها، وهي رعاية أدبية أكثر منها مادية وإن كان أوجب الكفالة المالية بوضوح وجلاء ليس فيه غموض ثانيهما الاهتمام الأكثر الاهتمام بالعلاقات الإنسانية داخل الأسرة(فهمي،2002: 114).

ويرى الباحث أن الإسلام شكل ولا زال أنموذجاً حقيقياً يحتذى في الرعاية الاجتماعية الإسلامية وفي كيفية العمل للنهوض بذوي الاحتياجات الخاصة المختلفة سيما المعاقين منهم، وعلى ذلك فإن المسلمون بعد عهد النبي صلى الله عليه وسلم أيضاً ظلوا أوفياء لسنته ولطبيعة الإسلام الذي نادي بالحفاظ على كينونة المجتمع من خلال عدم التفريط بفئة المعاقين فقد لازموا الحفاظ على تلك الفئة ولا زالوا، على الرغم من الصعوبات التي قد يواجهونها بالإمكانيات المحدودة لمقدرات البلدان المختلفة بعد سقوط الخلافة .

المبحث الرابع
الصلابة النفسية

تعتبر الصلابة النفسية أحد أهم أسباب الوصول بالفرد إلى درجة عالية من الاستقرار النفسي، والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، فهي تعمل على ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات والمشكلات التي يتعرض لها، حيث تعمل كمصد أو كواقٍ ضد العواقب النفسية التي يتعرض لها المعاق في مختلف جوانب حياته اليومية.

مفهوم الصلابة لغة:

صلب أي شديد، صَلُبَ الشيء صلابة فهو صَلَبٌ أي شديد(ابن منظور،1999: 297).

مفهوم الصلابة في الاصطلاح:

يعود هذا المفهوم إلى كوبازا (Kobasa,1979) حيث توصلت لهذا المفهوم من خلال سلسلة من الدراسات والتي استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن من وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط، وقد وردت العديد من التعريفات التي تعالج مفهوم الصلابة النفسية في العديد من الدراسات والأبحاث نذكر منها:

- تعرف كوبازا (Kobasa) الصلابة النفسية بأنها" مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراكاً غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، التحكم، التحدي"(راضي،2008: 21).
- تعريف (حمادة وعبد اللطيف،2002: 233): بأنها" مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية حيث تساهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقته الظروف الضاغطة"(حمادة وعبد اللطيف،2002: 233).
- تعريف (البهاص،2002): بأنها" إدراك الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها فهي تعمل كوقاية من العواقب الحسية والنفسية للضغوط وتساهم في تعديل

العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالنهك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط"(راضي،2008: 21).

- بينما (Smith, 2006) على أن الصلابة هي: " عبارة عن عملية تقوية لتطور الطفل" "عملية مقاومة الصعوبات، متمثلة في تراكم نجاحات شخصية صغيرة مع بعض الإخفاقات المتقطعة، والتوقف، والإحباط" "و هو عبارة عن عملية بقاء الطفل ثابتاً في وجه الصعوبات الحياتية، و طبيعة الطفل للتعامل و مقاومة المشاكل و الصعوبات" و هو عبارة عن النتاج النهائي للمناورة و التفاوض مع عوامل الخطر المحيطة بالطفل"(ثابت،2009: 6).

ويعرف الباحث الصلابة النفسية إجرائياً بأنها: " مدى إدراك وقبول الفرد للتغيرات النفسية والعضوية التي قد تصيبه نتيجة اعتلال خلقي أو عارض ألم به وتتضمن كل من المحاور التالية(التحكم، الالتزام، التحدي، الصبر، الإيمان بالقضاء والقدر).

خصائص الصلابة:

حصر تايلور (Taylor,1995) خصائص ذوي الصلابة النفسية بما يلي(عودة،2010: 66):

1. الإحساس بالالتزام أو المنية لدفع النفس للانخراط في أي مستجدات تراجعهم.
2. الإيمان (الاعتقاد) بالسيطرة، أي إحساس الشخص با نه نفسه هو سبب الحدث الذي حدث في حياته وأنه هو الذي يستطيع أن يؤثر علي بيئته .
3. التحدي وهو الرغبة في إحداث التغي ر، ومواجهة الأنشطة الجديدة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص للنماء والتطور.

1- خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت كوبازا (Kobaza,1979) خلال الدراسات السابقة التي أجرتها في الأعوام(1985-1983-1982-1979) أن الأفراد الذين يتمتعون ب الصلابة النفسية يتميزون بعدد من الخصائص وهي كالتالي(عودة، 2010: 67):

1. القدرة علي الصمود والمقاومة.
2. لديهم إنجاز أفضل .
3. ذوو وجهة داخلية للضبط .
4. أكثر اقتدارا ويميلون للقيادة والسيطرة .
5. أكثر مبادأة ونشاطا وذوو دافعية أفضل .

ويصنف حمادة وعبد اللطيف أن الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية بأنهم:

1. هؤلاء الأفراد ملتزمون بالعمل الذي عليهم أداؤه بدلا من شعورهم بالغربة.
2. ويشعرون أن لديهم القدرة علي التحكم في الأحداث بدلا من شعورهم بفقدان القوة.
3. ينظرون إلي التغير علي انه تحد عادي بدلا من أن يشعروا بالتهديد.
4. يجد هؤلاء الأفراد في إدراكهم وتقويمهم لأحداث الحياة الضاغطة الفرصة لممارسة اتخاذ القرار (حمادة، وعبد اللطيف، 2002: 238-237).

ويظهر من هذه الخصائص السابقة أن الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية المرتفعة يتصفون بأنهم أصحاب ضبط داخلي وقادرين علي الصمود والمقاومة ولديهم القدرة علي الإنجاز في العمل، والقدرة علي اتخاذ القرارات السليمة، وحل المشكلات، والقدرة علي مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها، ويكون لديهم ميل نحو القيادة والسيطرة والمبادأة، وهم الأكثر اقتدارا وذوو نشاط ودافعية أفضل، والحكم ، والصبر، والسيطرة علي النفس، وبذلك يكون ذوي الصلابة النفسية المرتفعة ملتزمون بالقيم والمبادئ والمعتقدات السليمة والتمسك بها وعدم التخلي عنها، وبذلك يكون لحياتهم معني وقيمة وإيجابية .

2- خصائص منخفضي الصلابة النفسية:

يتصف ذوو الصلابة النفسية المنخفضة بعدم الشعور بهدف لأنفسهم، ولا معني لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بإيجابية، ويتوقعون التهديد المستمر والضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة، ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية، وليس لديهم اعتقاد بضرورة التحديد والارتقاء، كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة(عودة،2010: 67).

ويتضح مما سبق أن ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يتصفون:

1. بعدم القدرة علي الصبر، وعدم تحمل المشقة .
2. عدم القدرة علي تحمل المسؤولية .
3. قلة المرونة في اتخاذ القرارات .
4. فقدان التوازن.
5. الهروب من مواجهة الأحداث الضاغطة .
6. سرعة الغضب والحزن الشديد ويميل إلي الاكتئاب والقلق .
7. ليس لديهم قيم ولا مبادئ معينة .
8. التجنب، والبحث من المساندة الاجتماعية.
9. عدم القدرة علي التحكم الذاتي .

أهمية الصلابة النفسية:

ذكرت شيلي تايلور أنه منذ الدراسة الأولي التي قامت بها كوباسا (1979)، أجريت العديد من الأبحاث (Kobassa,etal 1981-1989) التي أظهرت أن الصلابة ترتبط بكل من الصحة الجسمية الجيدة والصحة النفسية الجيدة، ويمكن تناول أهميتها من خلال النقاط التالية:
(ياغي،2006: 39-40)

1- الصلابة والصحة:

يرى (contrda,1989) أن من الممكن للصلابة أيضاً أن تساعد في إسكات أو توقيف استجابات الجهاز الدوري للضغط النفسي، وأن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض حيث أكد (Smith,1989) ذلك، خاصة الأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما نتج عنها انحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي، وأن لديهم أيضاً مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل صلابة، والصلابة (والتي تعرف بالالتزام والسيطرة والتحدي) التي ترجع إلى التفاؤل هي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط.

2- الصلابة والتكيف:

كما أن الصلابة تؤثر على القدرات التكيفية من ناحية أن الناس الصلبين عندهم كفاءة ذاتية أكثر، ولديهم تقديرات إدراكية من ناحية أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل ضغطاً، ولديهم استجابات تكيفيه أكثر.

كما أن الأفراد الأكثر صلابة يكون عندهم آثار مغايرة للضغوط في أثرها على الأعراض فهم يمارسون الضغوط ولكن بأقل تكرارية وينظرون إلى الأحداث الضاغطة الصغيرة على أنها غير ضاغطة، ويكون لديهم إدراك أفضل لصحتهم العقلية والاجتماعية
.(Backs and Cannon,1988: 25)

3- الصلابة والمجموعات:

يمكن أيضاً أن تعزى صفات الصلابة النفسية لمجموعة من الناس مثل العائلات كما تم عزوها للأفراد، وبذلك تعمل الصلابة على تسهيل توافق الأسرة وصلابتها .(Huang,1995:82)

وتسهل أيضاً الالتحام والرضا بالعائلة، ويلعب التواصل الجيد مع الوالدين وتعزيز المشاركة الاجتماعية من قبل الوالدين في تحسين الصحة النفسية والصلابة لأعضاء العائلة.

بعض المضامين التطبيقية للصلابة النفسية:

من أهم المتغيرات النفسية التي تساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية في مواجهة الضغوط هو متغير " الصلابة النفسية " ويمكن الاستفادة من الصلابة النفسية في المجالات الآتية (مخيمر،1997: 8):

1- التنشئة الاجتماعية :

إن نمو الصلابة النفسية يتوقف بصفة أساسية على طبيعة العلاقة بين الوالدين وأبنائهم وتشجيعهم على اتخاذ القرارات بأنفسهم وحل المشكلات المناسبة لسنهم . والمبادأة والاستكشاف والاقتحام والتحدي يجعلهم أكثر صلبه وشعوراً بالقيمة والفاعلية ويكون لديهم صلابة نفسية فلابد من أساليب التنشئة إشعار الأبناء بالدفء الذي يمثل قاعدة الأمن والأمان والتحكم والتحدي وتحقيق الذات .

2- البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية:

يجب أن تركز البرامج الوقائية والإرشادية والعلاجية على الخبرات التي من شأنها أن تزيد من الصلابة النفسية.

3- في العلاقات مع الآخرين:

أن الصلابة النفسية عندما تتفاعل مع المساندة الاجتماعية فأن الآثار السلبية للضغوط النفسية تقل كثيراً لدى الفرد ومن ثم يجب إعطاء الأبناء الثقة في أنفسهم وفي الآخرين ، ونعلمهم طلب العون من الآخرين عند الحاجة ، وتقديم العون للآخرين عند الحاجة وكذلك الالتزام الأخلاقي تجاه الذات والآخرين.

4- في مجالات أخرى:

ويمكن أن تفيد الصلابة النفسية ومكوناتها (الالتزام – التحكم – التحدي) في الكثير من مجالات الحياة الأخرى منها على سبيل المثال:

- التخلص من الوزن الزائد.
- مقاومة الأمراض الجسمية وسرعة الشفاء منها.
- النجاح الدراسي.
- التغلب على خبرات الفقد والفشل سواء كان فشل في العلاقات أو في الدراسة أو في العمل .
- النجاح في الألعاب والمسابقات الرياضية والمنافسة فيها.
- تدريبات القيادة والإدارة.
- في المهن التي تتطلب التعرض لضغوط مستمرة (المحامي – الطبيب – رجال الأعمال) .
- في مرحلة المراهقة والشباب للمساعدة في تحقيق الأهداف والهوية من خلال التحكم والتحدي والمثابرة.

ويرى الباحث أن أهمية الصلابة النفسية لا يكمن فقط بمدى تقبل الفرد للتغيرات التي قد تطرأ على الحالة الصحية العضوية والنفسية للمعاق؛ بل بمدى قدرته أيضاً على أيجاد حلول خلّاقة تمكنه من العبور بنفسه وواقعه وإعاقته لدرجه تجعله لا يختلف كثيراً على واقع الشخص السوي ومحاوله خلق واقع معيشي جيد بحيث لا تكون الصلابة النفسية غاية المعاق الوصول إليها بل وسيله تمكنه من التعامل مع هذا الواقع بشكل يظهر للآخرين والمجتمع بشكل عام بأن إعاقته مجرد حاله عارضه وأنه قادر على صنع ما يمكن أن يقوم به الأسوياء وأنه على درجة من الثقة بنفسه تمكنه من اجتياز العوائق التي قد تكون حجر عثرة في بلوغ أهدافه ولا شك في أن الصلابة النفسية ذات أهمية قصوى في صنع المنعة النفسية للأسوياء والمعاقين على حد سواء لكنها تكون أوفر حظاً للمعاق إن حاول الاستفادة منها على الطريقة الصحيحة والسليمة وزود بها نفسه بطريقة مثالية وذلك يتطلب إيجاد نظرة داخلية لإعاقته على أنها أقل من أن تُوقف مسيرته وطموحه وبلوغ أهدافه.

مفاهيم ذات علاقة بالصلابة النفسية:

ارتبط مفهوم الصلابة النفسية بمجموعة من المفاهيم الأخرى المصاحبة والتي نوردها على النحو التالي:

1- مفهوم قوة الأنا:

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، وتشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية، والإحساس الإيجابي بالكافية والرضا، وقوة الأنا هي – القطب المقابل للعصابية، حيث يرى كثير من العلماء أن هناك متصلاً يقع في أحد أطرافه قوة الأنا، حيث يقع في الطرف الآخر قطب العصابية(كفافي، 1982: 4).

ويرى (فرج عبد القادر 1993: 25) أنها قدرة الشخص في تحقيق التوافق والتي يتخذها دليلاً على الصحة النفسية، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية والتعامل معها ومع العالم الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح، وقوة الأنا تمثل طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف غير المواتية.

ويرى (أبو ندى، 2007: 33) أن هناك تداخلاً بين مفهومي الصلابة النفسية وقوة الأنا مع بعضهما، حيث أن قوة الأنا تعمل على تدعيم صلابة الفرد النفسية تجاه الأحداث الضاغطة، وأن الصلابة تعمل جاهدة لوقاية الفرد من وطأة الاضطراب النفسي والجسدي عند الأزمات والشدة.

2- الفاعلية الذاتية:

هي إحدى المتغيرات الوسيطة بين إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وبين مواجهة الفرد لها، ويعرفها باندورا (Bandura,1982: 122-147) على أنها " اعتقاد الفرد في كفايته واقتدراه، وتمكنه وقيمته الذاتية، مما يعطيه شعوراً بالثقة بالنفس، والقدرة على التغلب على مشكلاته، والتحكم في أمور حياته، وتصبح الفاعلية الذاتية في نفس الوقت مؤشراً لقدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بكافية واقتدار وثقة ونمكن، والوظيفة الأساسية للفاعلية الذاتية هي تمكين الفرد من التحكم والتنبؤ بأحداث حياته".

ويتكون الشعور بالفاعلية الذاتية في الطفولة الباكرة، من خلال إدراك الطفل بأنه مقبول وينال استحسان الآخرين، لاسيما الوالدين، والقبول والاستحسان من قبل الوالدين يجعلان الطفل يشعر بالقيمة والكفاية والاقتدار، فإذا صاحب القبول والقيمة والكفاية والاقتدار تشجيع من الوالدين للطفل على المبادأة والاستكشاف يتكون لدى الطفل شعور بالكفاية الجسدية والاجتماعية واللغوية، ويتجلى ذلك في اللعب مع الآخرين وحل المشكلات والتحصيل، ويستمر هذا الشعور في مرحلة المراهقة والشباب، متجلياً في المواجهة الناجحة للمشكلات والضغوط.

(راضي،2008: 61).

وقد ميز باندورا بين معنيين للفاعلية:

1- الفاعلية الذاتية المتوقعة: وتعنى شعور الفرد بقدراته أو عجزه عن القيام بسلوك معين أو إنجاز ما، ويضمن هذا الشعور درجة من الثقة والشعور بالقدرة على التحكم.

2- الفاعلية الذاتية المرجعية: وهي اعتاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج التي يتمناها.

وبالرغم من أن مفهوم الفاعلية الذاتية يحمل الثقة بالنفس وإدراك القدرة على التحمل في الظروف الحياتية، ما يختص بتزويد الأفراد ببعض المهارات الخاصة، لكنه لم يرق لمستوى السمة أو الخصلة الثابتة في الشخصية، ومن ثم فهو يتميز عن مفهوم الصلابة النفسية في احتياج الفرد له ولظهوره في جميع المواقف الحياتية التي لا تستدعي بالضرورة أن تكون لها صفة الضغط.

أما عن المهارات التي يتماز بها الأفراد ذوو الفاعلية فهي كثيرة، وقد أشار باندورا إليها وكان من أبرزها المهارات الجسمية والاجتماعية والمهارات الأكاديمية، ومهارات الحاسوب الآلي والمهارات الإرشادية، والاعتناء بالأطفال حديثي الولادة ومهارات التعايش الفعال مع الظروف الأسرية(Solomon& Annis,1990: 116-120).

فإدراك الفرد لقيمته الذاتية وكفايته، لا يعتبر فقط أهم متغير في قدرة الفرد على المواجهة الناجحة للضغوط فحسب، ولكنه يعتبر أهم متغير في حياة الفرد وشخصيته على الإطلاق، ويظل هذا المتغير يؤثر في سلوك الفرد طول حياته.

ويرى (أبو ندى،2007: 35) بأن تعريف تقدير الذات يركن إلى مدى اعتزاز الفرد بنفسه، أو مستوى تقييمه لنفسه في المواقف العادية، بينما مفهوم الصلابة النفسية يبرز جلياً في مواقف الشدة، وكذلك فإن أبعاده تتضمن جزئيات تقدير الذات والجدارة والكفاءة والثقة في النفس والقوة والمرونة الشخصية والإنجاز والاستقلالية، وجميعها سمات للشخصية ذات الصلابة النفسية المرتفعة، بينما لا نستطيع الجزم بوجودها عند ذوي التقدير المرتفع للذات، بمعنى آخر أن كلاً من مرتفعي الصلابة النفسية لديهم تقدير ذات ولكن لا يشترط أن يكون مرتفعو تقدير الذات لديهم صلابة نفسية مرتفعة تجاه الظروف الضاغطة(راضي،2008: 48)

أبعاد الصلابة النفسية :

توصلت كوبازا (Kobaza,1979: 39) إلي ثلاثة أبعاد تتكون فيها الصلابة النفسية وهي: الالتزام، التحكم، التحدي وسيتم الحديث عنهم على النحو التالي:

أولا: الالتزام:

يعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية ارتباطا بالدور الوقائي للصلابة بوصفها مصدرًا لمقاومة ميزان المشقة.

تعريف الالتزام:

هو اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته، ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المباد ئ، والقيم واعتقاده أن لحياته هدفا ومعني يعيش من أجله (عثمان،2001: 215)

ويعرف(مخيمر ، 1997) أنه نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه،وقيمة والآخرين من حوله (علي، 2000 :14)

ويعرفه (حمزة ، 2002) بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديد أهدافه، وقيمه في الحياة، وتحمله المسئولية، وأنه يشعر أيضًا إلي اعتقاد الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يؤديه لذاته، أو للجميع (أبو ندي ، 2007 : 19).

أنواع الالتزام:

تناول (أبو ندى، 2007) الالتزام وصنفه في ثلاثة أنواع وهي:

1. الالتزام الديني:

حيث عرفه بأنه إلتزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح، وظهور ذلك علي سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتهاء عن إتيان ما نهي عنه " الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر".

(الصنيع،2002: 19)

2. الالتزام الأخلاقي:

وقد عرفه جونسون(Jonson، 1991) بأنه "اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية والاجتماعية " ويحمل هذا التعريف للالتزام في مضمونه لهذا الشكل معني الإكراه الذاتي الذي أشار إليه جونسون بوصفه التزاما داخليا يرتبط بالقيود الاجتماعية "، إلا أن التزام الفرد بعلاقة ما يرتبط بوجود قيمة أو هدف داخلي تجاه العلاقة ولا يرتبط بالجوانب الأخلاقية الاجتماعية، فالفرد حين يلتزم بمجموعة من ا لعلاقات الاجتماعية الحميمة فإنه يلتزم بها من واقع سعادته بها ورضاه عنها، وهذا المعني أشار إليه إلكيلي (Keley ، 1982) ، أما سيزنبرج (Seznprg,1986) فقد أشار إلي رأي مخالف حيث أن الفرد يستطيع الدخول في كثير من العلاقات دون التزامه بها، أو استمراره فيها، علي الرغم من رضاه عنها، مثل ذلك: العلاقات، وأيد روزبلت (Rozblet,1993) كيلي (Keley,1982) مشيراً إلى أنه قد تبين أن الارتباط بين الالتزام والرضا صفة أساسية، ومن هؤلاء فلتشر (Phtichr) وفنشار (Funshar).

(أبو ندى 21:2007).

3- الالتزام القانوني:

الذي ارتبطت طبيعته ببعض المهن، وميزت محدداته طبيعة المهن، ومن أبرزها مهنة المحاماة فنجد أن ممارسة المهنة يلتزمون بالجوانب القانونية بوصف محدود لطبيعتها الشاقة كما يلتزمون بنفس المحدودات القانونية أثناء ممارسة حياتهم الشخصية.

ويعرف على إنه اعتقاد الفرد بضرورة الانصياع لمجموعة من القواعد والأحكام العامة وتقبل تنفيذها جبرا بواسطة السلطة المختصة في حالة الخروج عنها أو مخالفتها لما تمثله من أسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع (عبد الله، 1992 : 290)

ويشير أبو ندي إلي أن الالتزام قد يأتي مصدره من داخل الفرد نفسه وقد يفرض عليه جبرا كالالتزام القانون ي، ومن ثم فلا نستطيع الحسم بكون الالتزام يمثل بعدًا عاما أم مجموعة من الأبعاد الفرعية، ولكن كل ما يمكننا الانتهاء إليه هو أن كل المعاني السابقة تتجسد نفسيًا في مفهوم الالتزام الذي يعد بدوره أحد مكونات مفهوم الصلابة النفسية (أبو ندي ، 2007 :21).

ثانيًا: التحكم:

أشارت إليه كوبازا (Kobaza ,1979)بوصفه اعتقاد الفرد بان مواقف وظروف الحياة المتغيرة التي يتعرض لها هي أمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها . بأنه " اعتقاد الفرد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة ورؤيتها ويعرفه ويب(Weab1991) كمواقف وأحداث شديدة قابلة للتناول والتحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها " ويعني الاستقلالية والقدرة علي اتخاذ القرار ومواجهة الأزمات (عثمان، 2001 :210).

ويقول (مخيمر، 1996: 15) بأن التحكم هو اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وأنه يتضمن القدرة علي اتخاذ القرارات، ولاختيار بين البدائل، وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة.

أشكال وصور التحكم:

يقول (رفاعي، 2003 :31) أن التحكم يتضمن أربع صور رئيسة وهي: :

1. القدرة علي اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة:

ويحسم هذا التحكم المتصل باتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف سواء بانتهائه أو تجنبه أو محاولة التعايش معه، ولذا يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف نفسه وظروف حدوثه، حيث يتضمن الاختيار من بين البدائل، فالمريض هو الذي يقرر أي الأطباء سوف يذهب إليهم ومتى سوف يذهب، والإجراءات التي سوف يتبعها.

2. التحكم المعرفي المعلوماتي:

استخدام العمليات الفكرية للتحكم في الحدث يجعل التحكم المعرف ي، أهم صور التحكم التي تقلل من الآثار السلبية للمشقة إذا ما تم علي نحو إيجابي، فيختص هذا التحكم بالقدرة علي استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للضغط، كالتفكير في الموقف، وإدراكه بطريقة ايجابية ومتفائلة، وتفسيره بصورة منطقية وواقعية ، وبمعني أخر أن الشخص ي تحكم بالحدث الضاغط باستخدامه بعض الاستراتيجيات العقلية مثل تركيز الانتباه علي موضوع الضغط، أو عمل خطة للتغلب عليه، أي هو قدرة الفرد علي استخدام كافة المعلومات المتاحة عن الموقف لمحاولة السيطرة عليه وضبطه، ويختص التحكم بقدرة الفرد علي جمع كافة المعلومات ع ن الحدث أو الموقف والتنبؤ بما سيؤول إليه الحد ث، أي توقع الموقف قبل وقوعه، وذلك للتقليل من حدة الحد ث، والتخفيف من القلق المصاحب للتعرض ل ه، وتسهيل السيطرة عليه.

3. التحكم السلوكي:

وهو القدرة علي المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للانجاز والتحدي، ويقصد به التعامل مع المشكلة بصورة فعلية ملموسة، والتحكم في أثار الحدث الصادم بالقيام ببعض السلوكيات المخططة والمنهجية لتعديل وقع الحدث الصادم .

4. التحكم الترجلي:

ويرتبط التحكم الترجلي بخلفية الفرد السابقة عن الموقف وطبيعته، فهذه الخلفية و المعتقدات تكون انطباعًا محددًا عن الموقف، وتعتبره أنه موقف ذو معني وقابل للسيطرة عليه مما يخفف وقع الحدث الصادم.

تشير كوبازا (Kobaza, 1979) إلي أن الأشخاص الذين يتعرضون للضغوط ولديهم إعتقاد بقدرتهم علي التحكم في أمور حياتهم هم أكثر صحة نفسية وجسمية من اقرأنهم الذين يشعرون بالعجز في مواجهة القوة الخارجية ، وت رى أن إدراك التحكم يظهر في القدرة علي اتخاذ القرار والقدرة علي التفسير والقدرة علي المواجهة الفاعلة، وفي دراسة أجراها (أندرسو ن) حول العلاقة في وجهة الضبط والشعور في بوطن ة الانضباط وسلوكيات المواجهة والأداء، توصل خلالها أن داخلي الضبط أقل شعورًا بالضغوط وأكثر توظيفا لسلوكيات المواجهة المتمركزة علي المشكلة، وأقل استخداما لسلوكيات المواجهة المتمركزة علي الانفعال بالمقارنة بخارجي الضبط (هريدي، 1997: 116).

ويتضح من ذلك أن التحكم يتمثل في قدرة الفرد علي توقع حدوث المواقف الصعب ة بناءًا علي استقرائه للواقع، ووضعه الخطط المناسبة لمواجهتها والتحليل من أثارها وقت حدوثها، مستثمرًا كل ما يتوفر لديهم من إمكانيات مادية ومعنوية واستراتيجيات عقلية، مسيطرا علي نفسه، متحكمًا في انفعالاته.

ثالثاً: التحدي:

ويقول مخيمر بأن اعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغير علي جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدًا مما يساعده علي المبادأة، واستكشاف البيئة، ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد علي مواجهة الضغوط بفاعلية

(مخيمر، 1997: 14).

ويتضح أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد علي التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بما فيها من مستجدات سارة أو ضارة ، باعتبارها أمورًا طبيعية لابد من حدوثها لنموه وارتقائه ، مع قدرته علي مواجهة المشكلات بفاعلية ، وهذه الخاصية تساعد الفرد علي التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة ، وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة.

الفصل الثالث

دراســـات ســـابقة

- أولاً: الدراسات التي تناولت الإعاقة.
- ثانياً: الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية.
- ثالثاً: الدراسات التي تناولت الرعاية والمساندة الاجتماعية.
- التعقيب على الدراسات السابقة.
- الصعوبات التي واجهت الباحث.

دراسات سابقة

يتعرض الباحث في هذا الفصل لمجموعة من الدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وقد أمكن تصنيفها إلى ثلاثة محاور هي:

- أولاً: الدراسات التي تناولت الإعاقة.
- ثانياً: الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية.
- ثالثاً: الدراسات التي تناولت الرعاية والمساندة الاجتماعية.

المحور الأول: الدراسات التي تناولت موضوع الإعاقة.

دراسة (العايد، وآخرون،2010):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي تواجه الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف، وتمثل مجتمع الدراسة بالطلبة من ذوى الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف، وبلغت عينة الدراسة 17 طالباً وطالبة (9 إناث، 8 ذكور) من جامعة الطائف منهم(5) يعانون من إعاقة حركية،(3) يعانون من إعاقة سمعية،(9) يعانون من إعاقة بصرية وموزعين على ثلاثة كليات هي التربية والآداب والعلوم الإدارية.

وقد قام الباحث باستخدام استبانة تضمنت80 فقرة موزعة على ستة محاور لتحديد المشكلات التي تواجه الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة بجامعة الطائف. حيث اعتمد الباحثون في الدراسة على المنهج الوصفي المسحي الذي يسعى إلى تشخيص المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1-من أكثر الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الثالث وهو المشكلات الاقتصادية، ويليه البعد الثاني وهو المشكلات الإدارية ثم البعد السادس وهو النقل والمواصلات ومن أقل الأبعاد التي تمثل مشكلة لدى المعوقين هو البعد الخامس والذي يتمثل في المشكلات النفسية.

2-لا تختلف المشكلات التي يواجهها الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة باختلاف المستوى التعليمي .

3-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات التي يواجهها الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة تبعاً لتخصصاتهم .

4-لا توجد فروق في المشكلات بين المجموعات تبعاً لنوع الإعاقة.

دراسة (الرنتيسي، 2008):

هدفت الدراسة إلى وصف وتحليل المشكلات التي تحد من التحاق المعاقين حركيًا بفرص العمل، وتحديد الأدوار المقترحة للأخصائي الاجتماعي تجاه هذه المشكلات، للتوصل إلى منظور مقترح للممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية للتغلب على تلك " المشكلات، وعلى ضوء هذا تنتمي هذه الدراسة إلى "الدراسات Descriptiv التي تمدنا بثروة من المعلومات عن الأفراد (المعاقين حركيًا) وظروفهم وبيئاتهم، Studies وتؤكد على وصف وشرح العلاقات بين الظواهر والأحداث، والهدف الأساسي من البحث الوصفي انه يعطي صورة واضحة عن الأفراد والظواهر من خلال الوصف، بالإضافة إلى كشف الحقائق الراهنة التي تتعلق بظاهرة معينة مع تسجيل دلالاتها وخصائصها وتصنيفها وكشف ارتباطاتها بالمتغيرات الأخرى، بهدف وصف هذه الظاهرة وصفًا دقيقًا (شاملاً من كافة جوانبها، ولفت النظر إلى أبعادها المختلفة) .

- وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1- العوامل المرتبطة بنسق المجتمع وذلك بنسبة ٨٠,٧٥.%

2- العوامل المرتبطة بنسق أصحاب الأعمال وذلك بنسبة ٨٠,٥٣.%

3- العوامل المرتبطة بنسق المؤسسة وذلك بنسبة ٧٤,٩٤.%

4- العوامل المرتبطة بنسق الأخصائي الاجتماعي وذلك بنسبة ٥٥,٨٦.%

5- العوامل المرتبطة بنسق المعاق حركيًا وذلك بنسبة ٣٢,٩٨.%

دراسة (صنوبرة، 2010):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الجمعيات في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في الجزائر.

حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي في مسح الجمعيات التي تهتم برعاية المعوقين ولاية قالمة، حيث استعرض دور تلك الجمعيات وتاريخها في رعاية المعوقين، وكذلك الخدمات التي تقدمها للمعوقين وتقييمها.

ثم استعرضت الدراسة التشريعات الخاصة بالمعوقين في الجزائر، والنقص الذي يشوب تلك التشريعات من حيث عدم شموليتها وعدم تطبيقها حسب ما هو معمول به في مختلف أنحاء العالم.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- بلغت نسبة المعاقين حركياً في العام 2010م في ولاية قالمة (33.67) وحصلت

على المرتبة الثانية بعد المعوقين ذهنياً (45.21%).

2- توجد بولاية قالمة عدة مرافق ومؤسسات اجتماعية وبيداغوجية أنشئت للتكفل برعاية المعاقين، لكنها تبقى ناقصة ولا يمكنها استيعابهم، كما أنها لا تلبي احتياجاتهم في التعليم والتأهيل والإعداد للاندماج الاجتماعي والاقتصادي الناجح والفعال.

3- أن مفهوم التأهيل بمعناه العلمي وعناصره وخطواته وإجراءاته المطلوبة، ليس له أي أثر في قاموس أنشطة الجمعيات، وهذا راجع لضعف التكوين وغياب المتخصصين العلميين والمهنيين الذين تعتمد عليهم عملية التأهيل بمختلف أصنافها.

دراسة (أبو سكران، 2009):

هدفت هذه الدارسة إلى التعرف على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً، إضافة إلى التعرف على مستوى مركز الضبط (الداخلي-الخارجي) للمعاقين حركياً لدى عينة الدراسة. و اتبع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

حيث أجري الباحث هذه الدراسة على عينة بسيطة عشوائية من المعاقين حركياً بلغت (361) في مستشفي الوفاء للتأهيل الطبي والجراحة التخصصية وبعض المؤسسات التي تخدم المعاقين حركياً.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. وجود علاقة ارتباطيه دالة بين التوافق النفسي والاجتماعي وبين مركز الضبط (الداخلي - الخارجي) لدى أفراد العينة.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً يعزى · لمتغير الحالة الاجتماعية بين المتزوج والأعزب وكان التوافق لصالح المتزوج وبين المتزوج وكلاً من المطلق والأرمل لصالح المتزوج وكذلك بين الأعزب وكلاً من المطلق والأرمل لصالح الأعزب لدى عينة الدراسة.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً يعزى · لمتغير سبب الإعاقة بين المرض والإصابة لصالح الإصابة ، ووجود فروق بين سبب الإعاقة الإصابة والوراثة لصالح الإصابة لدى عينة الدراسة.

دراسة (عابد،2008):

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع مصابي الشلل الدماغي في محافظة شمال غزة، حيث تم تطبيق الدراسة على عينة الدراسة المكونة من (165) شخص معاق يقيمون في محافظة شمال غزة. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي ، حيث تم الاعتماد على الاستبانة كأداة للقياس وقد استخدمت بعض الأساليب الإحصائية التكرارات والنسب المئوية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. إن أكثر العوامل شيوعاً من بين العوامل المتعددة كان (عدم وصل الأكسجين أو الدم للجنين أو للمولود بشكل كاف) حيث بلغ الوزن النسبي له 60.6% .
2. أما بخصوص أنواع الشلل الدماغي كان الأكثر انتشاراً هو النوع التشنجي ، وبلغ الوزن النسبي له 76.96 % .
3. دلت الدراسة على أن مشاكل النطق وصعوبات الكلام كانت من أثر الأعراض انتشاراً حيث احتلت المرتبة الأولى وبوزن نسبي 10.5% .
4. وضحت الدراسة بأن أكثر المؤسسات خدمة لمصابي الشلل الدماغي كانت جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية – برنامج التأهيل شمال غزة إذ بلغ الوزن النسبي لها 2%.
5. أشارت الدراسة على أن خدمة العلاج الطبيعي كانت أكثر الخدمات تقديماً من قبل المؤسسات العاملة في شمال غزة حيث بلغ الوزن النسبي لها 77% .

دراسة (أبو الكاس،2008):

هدفت هذه الدراسة إلى بيان رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها ، وذلك من خلال الوقوف على الأسباب التي تؤدي للإعاقة ، والتوجيهات النبوية للوقاية منها ، كما بين هذه الدراسة كيفية رعاية واهتمام النبي صلى الله عليه وسلم بفئة المعاقين والعمل على دمجهم في المجتمع والتخفيف عنهم ، وتطرقت الدراسة لأنواع الإعاقة المختلفة وموقف الإسلام منها ، كما تحدثت هذه الدراسة عن المتطلبات التربوية لرعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي.

واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ، كما استخدم الباحث إستبانة للتعرف إلى المشكلات التي تواجه المعاقين في البيئة الفلسطينية من وجهه نظر القائمين على المؤسسات التي تهتم برعايتهم.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. أن الإسلام أولى المعاقين اهتماماً كبيراً وحث على مساعدتهم ورعايتهم ، وهو في هذا المجال قد سبق الكثير من الأمم التي تتغنى اليوم بحقوق المعاق.

2. نهي الإسلام عن الغمز واللمز ، وعن إيذاء المعاق ، وتوعد من يفعل ذلك بالعذاب.
3. هناك العديد من المشكلات التي تواجه المعاقين في البيئة الفلسطينية ، ومن أهمها قلة المراكز المتخصصة في رعاية المعاقين.

وقد أوصى الباحث مجموعة من التوصيات من أهمها:

1. على الفرد الذي ابتلاه الله بالإعاقة أن يصبر على ذلك ، ويرضى بقضاء الله وقدره ، فالصبر على البلاء ليس له جزاء إلا الجنة.
2. وجوب معاملة أسرة المعاق معاملة حسنة ، وذلك من قبل أفراد ا لمجتمع ، أو من القائمين على مؤسسات رعاية المعاقين ، أومن أصحاب المسئولية في المجتمع.

دراسة (غراب،2007):

هدفت الدراسة إلى معرفة المشكلات النفسية لدى الأطفال المعوقين الملتحقين بالمدارس الجامعة بمحافظة غزة.

تكونت عينة الدراسة من (125) طفلا معوقًا (56 ذكرًا و 69 أنثى) واستخدمت في الدراسة الإستبانة لمعرفة مدى انتشار المشكلات النفسية لدى أفراد العينة وتكونت الاستبانة من 42 فقرة وزعت على أربعة مجالات يمثل كل مجال منها مشكلة نفسية. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي للتعرف على المشكلات النفسية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. حصلت جميع المشكلات النفسية على نسبة مئوية عالية مما يؤكد وجودها لدى عينة الدراسة . فقد حصلت مشكلة الخجل على أعلى الأوزان النسبية يليها مشكلة القلق، ومشكلة العزلة الاجتماعية ، ومشكلة عدم الدافعية نحو الدراسة وحصلت مشكلة العدوانية على المرتبة الأخيرة.
2. تبين عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا لمتغير العمر إلا فيما يتعلق بالعدوانية فقد حصلت على مستوي دلالة 0.05 لصالح الأطفال الأقل عمرًا.
3. عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا للجنس .
4. وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا لنوع الإعاقة وقد كانت دالة لصالح الأطفال المنغوليين.

دراسة (عبد اللطيف، 2007):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي المقدم من عدة مصادر (الأسرة، الأصدقاء، المجتمع) والخجل لدى الذكور المعوقين حركيا.

وقد أجريت الدراسة في محافظة دمشق . تألفت عينة الدراسة من (185) معوقًا حركيا. وقد قام الباحث بإعداد أدوات البحث وهي : اختبار الدعم الاجتماعي لدى المعوقين حركيًا، واختبار حالة الخجل لدى المعوق ين حركيًا، فضلا عن عدد من الاختبارات ذات الصلة منها اختبار مستوى الدعم الاجتماعي لمجموعة من الباحثين، واختبار التكيف الاجتماعي لدى المعوقين حركياً .

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى الذكور المعوقين حركيًا وفق تأثير متغيرات الدراسة : العمر ، طبيعة الإعاقة، المستوى التعليمي للمع وق حركيًا.
2- إلى أن حالة الخجل لدى الذكور المعوقين حركيًا الذين يعانون من حالات البتر أعلى مما هي عليه لدى باقي أفراد العينة.

دراسة نتيل وآخرون (2007):

هدفت هذه الدراسة هدفت الدراسة للكشف عن أهم السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعيًا وبصريًا وحركيًا في ضوء بعض المتغيرات وهي الجنس، ونوع الإعاقة : سمعية وبصرية وحركية، والعمر من سن (12-18) ومن سن (19 فما فوق)، والمؤهل العلمي، وقد طبقت الدراسة على عينة من المعاقين العاملين أو المتدربين في عدد (18) مؤسسة أهلية من مختلف محافظات غزة وعددهم (577)، تمثل 10% من المجتمع الأصلي للعينة. وللمعالجات الإحصائية استخدم الباحثان المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية لحساب التكرارات.

وتوصلت النتائج إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- أن أهم السمات لدى الإعاقات الثلاثة هي تميز المعاقين سمعيًا وبصريًا وحركيًا بالطابع الاجتماعي والديني وطابع الاستقلالية، ومن ثم تلتها السمات النفسية والجسمية والعقلية على الترتيب ، وأن البعد الاجتماعي لدى العينة احتل المرتبة الأولى على قائمة أبعاد الإستبانة، بينما احتل البعد العقلي المرتبة الأخيرة.
2- لا توجد فروق بين الإعاقات الثلاث ككل في سمات البعد النفسي، حيث احتلت سمة العدوانية المرتبة الأولى، والأخيرة كانت سمة الأمن والطمأنينة.

دراسة (المدهون، 2003):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية للمعاقين حركيًا في محافظة غزة وذلك للتأكد من دور المساندة الاجتماعية كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر والقلق والخجل والانطواء والانسحاب والعزلة والاكتئاب مما يحقق التوافق الذاتي والأسري والاجتماعي والمهني وتحسين مستوى درجة الصحة النفسية عند

المعاقين حركيًا، وتكونت عينة الدراسة من (140) معاقًا منهم (76) ذكور، و (64) إناث تتراوح (50) سنة أعمارهم ما بين (18-50) سنة، واستخدم الباحث مقياسين هما مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس الصحة النفسية.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- أن هناك فروق لصالح الذكور في بعد التوافق الاجتماعي، وفي بعدي التو افق الأسري والتوافق مع الذات لصالح الإناث.
2- أن هناك فروق لصالح الذكور في كل أبعاد التوافق الاجتماعي والخلو من الاكتئاب.

دراسة (العطار، 2003):

هدفت الدراسة إلى التعرف على نسق (ترتيب) القيم لدى ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وأقرانهم من العاديين. حيث استخدم الباحث مقياس النسق القيمي لبدر الدين كمال عبده ويضم أربعة مجموعات للقيم هي: (الدينية،والاجتماعية ،والاقتصادية ،والانتماء) .

وقد بلغت عينة الدراسة(200)فرد توزعت بواقع (100)فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً في مركز تدريب وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً في مدينة تعز،و(100) فردمن الطلبة العاديين الموجودين في المدارس الأساسية والإعدادية والثانوية والجامعة مع مراعاة تحقيق التكافؤ في متغيري الجنس والعمر مع عينة المعاقين.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- أن القيم الدينية والقيم الاجتماعية احتلت مكان الصدارة في نسق القيم عند ذوي الاحتياجات الخاصة حركياً وأقرانهم من العاديين .
2- توجد فروق في القيم بين ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا وأقرانهم من العاديين عند مستوى دلالة (0.05) لصالح العاديين .
3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القيم عند مستوى (0.05) بين متوسطات درجات الذكور من ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا والذكور العاديين لصالح الذكور العاديين
4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القيم عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات الإناث ذوات الاحتياجات الخاصة حركيا والإناث العاديات .

وقد أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالجانب القيمي عند المعاقين والعمل على تشجيع مشاركتهم الاجتماعية وإلحاقهم في الوظائف والأعمال المهنية.

دراسة (البلتاجي،2001):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للإعاقات الحركية جراء انتفاضة الأقصى بمدينة غزة ما بين 2000/9/28 وحتى 2001/9/28م.

كما هدفت الدراسة أيضا إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المتوفرة ، وتشخيص نقاط الضعف والقوة فيها ، والتعرف على مدى رضا المعاقين عنها ومجالات التدخل لتحسينها.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. أن هناك نقص في عدد الأخصائيين العاملين في مجال التأهيل الطبي.
2. أن هناك قصورا واضحا فيما يتعلق بوعي المجتمع حول مراكز التأهيل الطبي المتوفرة وطبيعة خدماتها.

دراسة (Koubekova,2000):

هدفت الدراسة لمعرفة مستوي التوافق الشخصي والاجتماعي للمعاقين حركياً من كلا الجنسين ممن تتراوح أعمارهم (12–15) عام ، حيث تكونت عينة الدراسة من (115) ، وذلك من المدارس العامة والمدارس الخاصة التي تعلم المعاقين حركياً.

وقد استخدمت للدراسة أدوات شملت علي اختبار كاليفورنيا للشخصية واستبيان القلق كحالة والقلق كسمة واستبيان تقدير الذات.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1. أن الأطفال المعاقين حركياً يظهرون قدراً عاليا من السلوكيات المضادة للمجتمع ، والتجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين .
2. أن الفتيات من المعاقات كن يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين.
3. كما أكدت الدراسة أيضاً أن المعاقات كن يعانين من قدر أكبر من تدني مستوي تقدير الذات وكن أقل رضا عن أنفسهن وكن يشعرن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن.

التعقيب على دراسات المحور الأول:

هدف الدراسات العام:

هدفت الدراسات السابقة بشكل عام إلى التعرف على واقع المعاقين والكشف عن أهم المشكلات التي يعانون منها ويمكن إجمال تلك الأهداف بشكل خاص على النحو التالي:

– حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف واقع المعاقين بمختلف فئاتهم و المشكلات التي يعاني منها المعاقين مثل دراسة (صنوبرة 2010) ودراسة (العايد، وآخرون،2010)، دراسة (عابد،2008)، و دراسة (غراب،2007)، و دراسة (أبو مصطفى، وآخرون، 2007)، و دراسة نتيل وآخرون (2007)، دراسة (Koubekova,2000).

– كما هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على علاقة التكيف الاجتماعي والمساندة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية لدى المعاقين مثل دراسة (موسى، 2010)، دراسة (أبو سكران،2009)، دراسة (أبو الكاس،2008)، دراسة (عبد اللطيف، 2007)، دراسة (المدهون، 2003)، دراسة (العطار، 2003)، دراسة (البلتاجي،2001)، دراسة(Koubekova,2000).

منهج الدراسات:

اعتمدت الدراسات على المنهج الوصفي والوصفي التحليلي والمسحي وذلك حسب وجهة نظر الباحث لملائمة هذا المنهج لطبيعة الدراسات حيث استخدمت بعض الدراسات المنهج الوصفي المسحي مثل دراسة (العايد، وآخرون،2010)، و دراسة (Koubekova,2000)، و دراسة مينكوم وآخرون (Minchom, El All, 1995). وهناك بعض الدراسات استخدمت المنهج الوصفي مثل دراسة (صنوبرة، 2010)، دراسة (عابد،2008)، دراسة (البلتاجي،2001)، أما الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي التحليلي مثل دراسة (موسى، 2010)، دراسة (أبو سكران،2009)، دراسة (أبو الكاس،2008)، دراسة (غراب،2007)، دراسة (أبو مصطفى، وآخرون، 2007).

عينة الدراسة:

أغلب الدراسات السابقة تم تطبيقها على المعاقين بمختلف أنواع إعاقاتهم وذلك حسب وجهة رأي الباحث بأن طبيعة تلك الدراسات تتطلب تطبيقها على تلك العينة وذلك من أجل الحصول على نتائج دقيقة ترسم حال وواقع المعاقين مثل (موسى، 2010)، دراسة (أبو سكران،2009)، دراسة (أبو الكاس،2008)، دراسة (غراب،2007)، دراسة (أبو مصطفى، وآخرون، 2007) و(العايد، وآخرون،2010)، و دراسة (Koubekova,2000)، و دراسة مينكوم وآخرون (Minchom, El All, 1995)

أدوات الدراسة:

تنوعت الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة في معالجتها لأهداف الدراسات حيث أن بعضها استخدم الاستبانة مثل دراسة (العايد، وآخرون،2010)، و دراسة (عابد،2008)، و دراسة (أبو الكاس،2008)، و دراسة (غراب،2007). ومنهم من اعتمد على استخدام مقاييس أخرى إما من إعدادهم أو من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة (أبو مصطفى، وآخرون، 2007)، و دراسة (المدهون، 2003)، و دراسة مينكوم وآخرون (Minchom, El All, 1995)، دراسة ارنولد و تشابمان (Arnold & Chapman,1992). ومنها ما استخدم بعض الاختبارات مثل دراسة (عبد اللطيف، 2007)، و دراسة (Koubekova,2000)، و دراسة (Maighan,1971).

المحور الثاني: الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية:

دراسة (ثابت، وآخرون ، 2009):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أنواع وشدة الخبرات الصادمة للأطفال الذكور الذين فقدوا بيوتهم نتيجة للهدم، ومعرفة مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالصدمات، ومعرفة الصلابة النفسية في الأطفال وعلاقتها بالصدمة وكرب ما بعد الصدمة والمخاوف.

وقد استخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي، وتم اختيار عينة مكونة من (45) طفلاً، ومراهقاً من العائلات التي هدمت بيوتها في الفترة الأخيرة في منطقة رفح وبيت حانون، وتم تطبيق الاختبارات التالية : (اختبار الخبرات الصادمة، مقياس كرب ما بعد الصدمة، مقياس المخاوف، مقياس الصلابة النفسية).

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- أن متوسط التعرض للأحداث الصادمة عند الأطفال (9.4%) حدث وبانحراف معياري 3.1.
2- تبين أن 15.6% يعانون بدرجة خفيفة من كرب ما بعد الصدمة، و 62.2% يعانون بدرجة متوسطة، في حين 20% يعانون بدرجة شديدة.
3- أن متوسط الصلابة النفسية 99.5%.
4- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات الصلابة النفسية ودرجة كرب ما بعد الصدمة.

دراسة (ماضي،2008):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بكل من الالتزام الديني والمساندة الاجتماعية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات قطاع غزة.

وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (100) أم من أمهات شهداء انتفاضة الأقصى، كما تكونت العينة الفعلية من (361) أم من أمهات شهداء انتفاضة الأقصى.

وقد استخدمت الدراسة الاستبانة لقياس متغيرات الدراسة حيث اعتمدت على (استبانة الصلابة النفسية- استبانة الالتزام الديني- استبانة المساندة الاجتماعية). وقد استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية منها (التكرارات والمتوسطات الحسابية، واستخدام معامل ارتباط بيرسون، ومعامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية).

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- بلغ الوزن النسبي للصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى (85.74).

2- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الصلابة النفسية والالتزام الديني لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات قطاع غزة.
3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى تعزى لمتغير نمط الشهادة (شهيد-استشهادي).
4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للصلابة النفسية تعزى لمتغيري الالتزام الديني والمساندة الاجتماعية، ولم يظهر أثر للتفاعل بين المتغيرين، أو المتغيرات الأخرى، ولقد ظهر أثر دال للتفاعل بين كل من الالتزام والمساندة والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية.

دراسة (الحجار، وآخرون، 2006):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية ومصادرها لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقته بمستوى الصلابة النفسية لديهم إضافة إلى تأثير بعض المتغيرات على الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة والصلابة النفسية لديهم وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وبلغت عينة الدراسة (541) طالبًا وطالبة، وهي تمثل حوالي (4%) من مجتمع الدراسة البالغ (15441) طالبًا وطالبة من كليات الجامعة التسعة بأقسامها المختلفة . واستخدم الباحثان استبانتين، الأولى لقياس الضغوط النفسية لدى الطلبة ، و الثانية لقياس مدى الصلابة النفسية لديهم.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج كان من أهمها:

1. أن مستوى الضغوط النفسية لدى الطلبة كان (62.05%)، وأن معد ل الصلابة النفسية لديهم(77.33 %).
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة في مستوى الضغوط النفس ية -عدا ضغوط بيئة الجامعة - تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور أي أن مستوى الضغوط النفسية لدى الطلاب أعلى منه لدى الطالبات.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة في مستوى الضغوط النفسية -عدا الأسرية والمالية - تعزى لمتغير التخصص لصالح طلبة العلمي.

دراسة (أبو سمهدانة، 2006):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع انعكاسات العنف الإسرائيلي في ظل انتفاضة الأقصى على الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية، والكشف عن مستوى الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية في ظل العنف الإسرائيلي. وقد استخدمت الدراسة مقياس انعكاسات العنف

الإسرائيلي على المرأة الفلسطينية من إعداد الباحثة، ومقياس الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية من إعداد مخيمر (2002).

وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، حيث طبقت الدراسة على عينة عشوائية (600) امرأة فلسطينية تتراوح أعمارهن ما بين (20–30) سنة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- أن مستوى الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الأقصى يزيد عن (70%) كمستوى افتراضي.
2- لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للمرأة.
3- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصلابة النفسية لدى المرأة الفلسطينية تعزى لمتغير منطقة السكن لصالح المرأة في المناطق الاحتكاكية.

دراسة (Abu Rukba,2005):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أمهات أطفال متلازمة داون، كما هدفت إلى تحديد مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية، والكشف عن أثر بعض المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية.

ودق استخدم الباحث المنهج الوصفي العلائقي، وبلغ عدد أفراد العينة (180) من الأمهات اللاتي يتابعن أطفالهن بمتلازمة داون في جمعية الحق في الحياة بمدينة غزة، وقد استخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الأعراض السيكوباثولوجية (SCL-90-R) لقياس الصحة النفسية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

3- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الصلابة النفسية والصحة النفسية لدى أمهات أطفال متلازمة داون.
4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تغزى إلى متغير المستوى التعليمي للأمهات لصالح الأمهات اللاتي أنهين التعليم الجامعي والثانوي والأساسي، ولكل من عمر المرأة، وعمر الطفل، وجنسه.

دراسة (جودة،2002):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي لعينة الدراسة على متغيرات الصلابة النفسية بأبعادها، ووجهة الضبط، ودافعية الإنجاز لديهم، والتعرف

على تأثير اتحاد نوعية الإعاقة السواء مع المستوى الاقتصادي والاجتماعي على متغيرات الصلابة النفسية بأبعادها.

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، حيث تكونت عينة الدراسة من (150) طالباً من الذكور، المرحلة العمرية (11) سنة وأربعة شهور إلى (13) سنة وثمانية شهور، من المعاقين بصرياً وسمعياً والأسوياء، حيث قسمت العينة لثلاثة أقسام وهي (مجموعة الأسوياء، مجموعة المعاقين بصرياً، مجموعة المعاقين سمعياً).

وقد استخدم الباحث عدة مقاييس منها: (مقياس الضبط الداخلي والخارجي للأطفال المراهقين من إعداد (رشا عبد العزيز موسى 1988)، ومقياس الدافعية للإنجاز لنفس الباحثة، واختبار الصلابة النفسية للأطفال والمراهقين وهو من إعداد الباحث يتضمن الأبعاد الثلاثة للصلابة (الالتزام- تحدي- تحكم).

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- وجود تأثير دال إحصائياً لنوعية الإعاقة – السواء على متغيرات وجهة الضبط ودافعية الإنجاز والصلابة النفسية لدى عينة الدراسة الكلية.

2- وجود تأثير دال لنوعية المستوى الاقتصادي والاجتماعي على متغيرات الصلابة النفسية ووجهة الضبط ودافعية الانجاز لدى عينة الدراسة الكلية.

3- وجود تأثير دال لتفاعل نوع الإعاقة- السواء مع المستوى الاقتصادي والاجتماعي على متغيرات الصلابة النفسية ووجهة الضبط ودافعية الإنجاز لعينة الدراسة.

تعقيب على دراسات المحور الثاني:

هدف الدراسات العام:

هدفت الدراسات السابقة بشكل عام إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية ببعض المتغيرات مثل كرب ما قبل الصدمة وكرب ما بعد الصدمة ويمكن إجمال تلك الأهداف بشكل خاص على النحو التالي:

- حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف علاقة الكرب والعنف بالصلابة النفسية مثل دراسة (ثابت، وآخرون ، 2009)، دراسة (أبو سمهدانة، 2006)، وهدفت بعض الدراسات السابقة إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالالتزام الديني والمساندة الاجتماعية والضغوط النفسية مثل دراسة (ماضي،2008)، و دراسة (الحجار، وآخرون، 2006)، دراسة (Abu Rukba,2005)، و دراسة (جودة،2002).

منهج الدراسات:

اعتمدت الدراسات على المنهج الوصفي والوصفي التحليلي والمسحي وذلك حسب وجهة نظر الباحث لملاءمة هذا المنهج لطبيعة الدراسات حيث استخدمت بعض الدراسات المنهج الوصفي المسحي دراسة (الحجار، وآخرون، 2006)، و دراسة (Clark & Hartman,1996). وهناك بعض الدراسات استخدمت المنهج الوصفي مثل دراسة (Abu Rukba,2005)، و دراسة (جودة،2002)، و،المنهج الوصفي التحليلي دراسة (ثابت، وآخرون ، 2009)،و دراسة (ماضي،2008)، و دراسة (أبو سمهدانة، 2006).

عينة الدراسة:

أغلب الدراسات السابقة تم تطبيقها على فئات مختلفة من كلا الجنسين وتخصيص العينة على الراشدين القائمين على رعاية المسنين والأطفال الذين مروا بمشكلات قاسية مثل دراسة (Clark & Hartman,1996)، و دراسة (ثابت، وآخرون ، 2009). وهناك دراسات كانت عينتها من طلبة الجامعات مثل دراسة (جيرسون، Gerson,1998)، و دراسة (جودة،2002)، و دراسة (الحجار، وآخرون، 2006). وهناك دراسات طبقت دراساتها على عينة من الأمهات القائمين على رعاية المعاقين أو على النساء بشكل عام مثل دراسة (Abu Rukba,2005)، و دراسة (أبو سمهدانة، 2006)، و دراسة (ماضي،2008).

أدوات الدراسة:

تنوعت الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة في معالجتها لأهداف الدراسات حيث أن بعضها استخدم الاستبانة مثل دراسة (ماضي،2008)، و دراسة (الحجار، وآخرون، 2006). ومنهم من اعتمد على استخدام مقاييس أخرى إما من إعدادهم أو من إعداد باحثين آخرين دراسة (أبو سمهدانة، 2006)، و دراسة (Abu Rukba,2005)، و دراسة (جودة، 2002)، و دراسة (Clark & Hartman, 1996). ومنها ما استخدم بعض الاختبارات دراسة (ثابت، وآخرون، 2009).

المحور الثالث: الدراسات التي تناولت المساندة و الرعاية الاجتماعية:

دراسة (عوض، وآخرون، 2011):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم على الأداء الوظيفي لخريجي برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية/تخصص الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة ، وتحديد أثر كل من متغيرات ،الجنس ،المؤهل العلمي ، سنوات الخبرة ، تبعية المؤسسة على درجة رضا مؤسسات الرعاية عن الأداء الوظيفي .

وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، حيث اختار الباحثان عينة طبقية عشوائية من المسئولين المباشرين عن الخريجين العاملين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم بلغ قوامها (100) موظف وموظفة من العاملين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والذين يشرفون على خريجي برنامج التنمية الاجتماعية والأسرية/تخصص الخدمة الاجتماعية، ولتحقيق أغراض الدراسة أعد الباحثان أداة تمثلت في استبانه تقيس مستوى رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم عن الأداء الوظيفي لخريجي تخصص الخدمة الاجتماعية .

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1- بلغ متوسط الدرجة الكلية لمستوى رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم عن الأداء الوظيفي لخريجي تخصص الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة على جميع مجالات الدراسة (71.8%).أي بدرجة كبيرة. وقد كانت أعلى درجة رضا على بعد الإعداد السلوكي والأخلاقي حيث بلغت قيمة متوسط النسبة المئوية الكلية على هذا البعد (76%).

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة(a0.05≥) في درجة رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم عن الأداء الوظيفي لخريجي تخصص الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة تبعا لمتغير الجنس، على جميع المجالات وعلى الدرجة الكلية لرضا المؤسسات عن الأداء الوظيفي، وقد كانت الفروق لصالح الذكور.

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة(a0.05≥) في درجة رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم عن الأداء الوظيفي لخريجي تخصص الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة تبعا لمتغير المؤهل العلمي ، على جميع المجالات وعلى الدرجة الكلية لرضا المؤسسات عن الأداء الوظيفي، وقد كانت

الفروق بين العاملين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية من مؤهل علمي دبلوم وبين بكالوريوس لصالح دبلوم وبين ماجستير فأعلى ودبلوم لصالح دبلوم، وبين بكالوريس وماجستير لصالح بكالوريوس.

دراسة (عودة، 2010):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين درجة التعرض للخبرة الصادمة وبين أساليب التكيف مع الضغوط، ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى الصلابة النفسية، لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، والتعرف عما إذا كان هناك فروق في هذه المتغيرات تعزى إلى بعض المتغيرات الديمغرافية التالية: (النوع، مكان الإقامة، المستوى التعليمي للوالدين)، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.

وتكونت العينة الاستطلاعية للدراسة من (100) طفل وطفلة، وذلك للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، كما تكونت العينة الفعلية للدراسة من (600) طفلا وطفلة من أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة.

وقد استخدم الباحث عدة استبيانات لقياس متغيرات الدراسة وهي:(استبانة الخبرة الصادمة- استبانة أساليب التكيف مع الضغوط- استبانة المساندة الاجتماعية- استبانة الصلابة النفسية).

وكما استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية(التكرارات والمتوسطات الحسابية، والنسب المئوية معامل ارتباط بيرسون، اختبار ألتات، تحليل التباين الأحادي).

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج كان من أهمها:

1. بينت الدراسة أنه لا توجد فروقًا في الخبرة الصادمة، أساليب التكيف مع الضغوط والصلابة النفسية تعزى لمتغير النوع، في حين وجد أن هناك فروقًا في المساندة الاجتماعية لصالح الإناث.وتوجد فروق دالة إحصائيًا لصالح مجموعة الرعاية الخارجية، بالنسبة للاتجاه نحو الإعاقة البصرية ولا توجد فروق بين الجنسين.
2. أظهرت الدراسة أنه لا توجد فروقًا في الخبرة الصادمة وأساليب التكيف مع الضغوط، والصلابة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، في حين وجد أن هناك فروقًا في المساندة الاجتماعية لصالح الأطفال الذين درس والديهم في المرحلة الثانوية.

دراسة (العتيبي، 2008):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين اتخاذ القرار وكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف.

تكونت عينة الدراسة من (242) مرشدا من المرشدين الطلابيين الذين يعملون بمدارس التعليم العام الحكومي بمحافظة الطائف، وقد استخدم الباحث اختبار اتخاذ القرار اعداد عبدون(د.ت)، ومقياس فاعلية الذات، إعداد العدل(2001)، ومقياس المساندة الاجتماعية من اعداد الباحث.

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج كان من أهمها:

1. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات القدرة على اتخاذ القرار وكل من درجات فاعلية الذات، والمساندة من جانب المدرسة ومن جانب أولياء الأمور ومن جانب المعلمين، ورضا المرشدين عن المساندة، والدرجة الكلية للمساندة.
2. لا توجد فروق تبعا للمتغيرات الديمغرافية (مكان العمل، سنوات الخبرة، الراتب) لمتوسطات درجات القدرة على اتخاذ القرار، وفاعلية الذات، والمساندة الاجتماعية في جميع المحاور لدى المرشدين الطلابيين، ولكن توجد إمكانية للتنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار لدى المرشدين الطلابيين من خلال كل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية، بمعنى أن 89.3 % من القدرة على اتخاذ القرار تعتمد على فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية .

دراسة (دياب، 2006):

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الواقية من الأثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة ، والتأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين . تكونت عينة الدراسة من (550) طالبا وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية وتراوحت اعمارهم بين (15–19) سنة. وقد استخدم الباحث استبانة الصحة النفسية، واستبانة المساندة الاجتماعية، واستبانة الأحداث الصادمة، وقد قام بتقنين هذه الأدوات على البيئة الفلسطينية.

وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج كان من أهمها:

1- أن الفلسطينيين يتعرضون لأنماط متعددة من الأحداث الصادمة، وان هناك علاقة عكسية بين درجات الأحداث الصادمة التي تعرض لها المراهقون والمساندة الاجتماعية.

2- هناك فروقًا بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الصادمة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الصادمة بالنسبة لحجم المساندة الاجتماعية ؛وكانت الفروق لصالح منخفضي الأحداث الصادمة.

3- انه كلما زادت الصحة النفسية زاد حجم المساندة الاجتماعية، وأنه توجد علاقة عكسية بين الصحة النفسية للمراهقين ودرجة الأحداث الصادمة، وان المساندة الاجتماعية عامل وسيط بين الأحداث الصادمة والصحة النفسية.

دراسة (السليم، 2006):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الإرتباطية بين مستوى التدين والمساندة الاجتماعية والانتكاسة لدى المنتكسين بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض، وقد اعتمد الباحث على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت مستوى التدين والمساندة الاجتماعية والانتكاسة في المنطقة العربية وغيرها من المناطق الأخرى، حيث كانت بمثابة الإطار المرجعي الذي اشتق منه الباحث فروض الدراسة.

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي الإرتباطي وطبق عدداً من الأدوات تمثلت في: استمارة البيانات العامة، ومقياس مستوى التدين، ومقياس المساندة الاجتماعية، على (200) مائتي معتمد منتكس من المنومين بقسم علاج الاعتماد بمجمع الأمل بالرياض، خلال الفترة مابين: 20/صفر/1426هـ وحتى:30/جمادى الأولى/ 1426هـ، كما استخدم الباحث عدداً من الأساليب الإحصائية تمثلت في: مقاييس النزعة المركزية ومعامل إرتباط بيرسون لبيان نتائج الدراسة، والتي أشارت إلى تحقق الفروض وتأييدها للأطر النظرية والدراسات السابقة التي سارت على ضوئها هذه الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0001,0) بين مستوى التدين والانتكاسة لدى أفراد مجتمع الدراسة الحالية.
2- توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0001,0) بين درجة المساندة الاجتماعية والانتكاسة لدى أفراد مجتمع الدراسة الحالية.
3- توجد علاقة إرتباطية ايجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0001,0) بين مستوى التدين ودرجة المساندة الاجتماعية لدى أفراد مجتمع الدراسة الحالية.

دراسة (الصبان، 2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأنواع المختلفة للضغوط النفسية التي تتعرض لها عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، ونوع العلاقة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة.

وقد اعتمدت الدراسة غلى المنهج الوصفي، وقد استخدمت الباحثة عدة أساليب إحصائية منها: (المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، ومعامل ألفا لكرونباخ، والتجزئة النصفية والتكرارات والنسب المئوية، ومعامل ارتباط بيرسون واستخراج الإرباعي الأعلى والأدنى إلخ..)، وقد تكونت عينة الدراسة السيكومترية من (400) امرأة من النساء المتزوجات وذلك من مختلف

المهن المتاحة للنساء العاملات في السعودية، من الأعمار (30–45)، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها:

1- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية.

2- توجد علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والاضطرابات السسيكوسوماتية.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط ذوات الإرباعي الأعلى وذوات الإرباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على مقياس الضغوط النفسية لصالح ذوات الإرباعي الأدنى.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات ذوات الإرباعي الأعلى وذوات الإرباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية لصالح ذوات الإرباعي الأدنى ما عدا بعد القلب والأوعية الدموية كان لصالح ذوات الإرباعي الأعلى.

التعقيب على دراسات المحور الثالث:

هدف الدراسات العام:

هدفت الدراسات السابقة بشكل عام إلى التعرف على مستوى الرضا عن الخدمات الخاصة بمستوى الرعاية الاجتماعية التي تقدمها المؤسسات والجمعيات لذوي الحالات الخاصة وغيرهم من فئات المجتمع ويمكن إجمال تلك الأهداف بشكل خاص على النحو التالي:

– حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف مستوى الرضا من الخدمات المقدمة من المؤسسات الحكومية مثل دراسة (عوض، وآخرون، 2011)، و دراسة (دولونجيز، Dolounges,1988). ومنها ما هدفت إلى التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية للأطفال والنساء مثل دراسة (عودة، 2010)، و دراسة (الصبان، 2003)، و دراسة (علي،2000)، و دراسة (الشناوي، وآخرون، 1994). ومنها العلاقة بين اتخاذ القرار والمساندة الاجتماعية مثل دراسة (العتيبي، 2008)، و دراسة (دياب،2006)، ومنها التعرف على علاقة المساندة الاجتماعية بالتدين مثل دراسة (السليم، 1427هـ).

منهج الدراسات:

اعتمدت الدراسات على المنهج الوصفي والوصفي التحليلي والمسحي وذلك حسب وجهة نظر الباحث لملاءمة هذا المنهج لطبيعة الدراسات حيث استخدمت بعض الدراسات المنهج الوصفي المسحي دراسة (الشخص، 1992)، و دراسة (دياب،2006)،و دراسة (عوض، وآخرون، 2011). وهناك بعض الدراسات استخدمت المنهج الوصفي مثل دراسة (الشناوي، وآخرون، 1994)، و دراسة (الصبان، 2003)، دراسة (السليم، 1427هـ)،والمنهج الوصفي التحليلي مثل دراسة (علي،2000)، و دراسة (العتيبي، 2008)، و دراسة (عودة، 2010)،

عينة الدراسة:

أغلب الدراسات السابقة تم تطبيقها على فئات مختلفة من كلا الجنسين فمنها ما تم تطبيقه على عينة عشوائية تطبيقية من الموظفين والمسئولين والمرشدين مثل دراسة (عوض، وآخرون، 2011)،و دراسة (العتيبي، 2008)، ومنها ما تم تطبيقه على عينة من الأطفال والمراهقين مثل دراسة (عودة، 2010)، و دراسة (دياب،2006)، وأصحاب الأضرار والمنتكسين من الأطفال والنساء مثل دراسة (السليم، 1427هـ)، و دراسة (الصبان، 2003)، و دراسة (علي،2000)،و دراسة (دولونجيز، Dolounges,1988)، ومنها ما تم تطبيقه على الطلبة الأسوياء والمعاقين مثل دراسة (الشناوي، وآخرون، 1994)، و دراسة (الشخص، 1992).

أدوات الدراسة:

تنوعت الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسات السابقة في معالجتها لأهداف الدراسات حيث أن بعضها استخدم الاستبانة مثل دراسة (علي، 2000)، دراسة (دياب، 2006)، دراسة (عوض، وآخرون، 2011). ومنهم من اعتمد على استخدام مقاييس أخرى إما من إعدادهم أو من إعداد باحثين آخرين مثل دراسة (الشخص، 1992)، و دراسة (الشناوي، وآخرون، 1994)، و دراسة (السليم، 1427هـ)، و دراسة (العتيبي، 2008)، ومنها ما استخدم بعض الاختبارات دراسة (ثابت، وآخرون ، 2009)، دراسة (عودة، 2010).

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

1- كشفت الدراسات عن أهمية التعرف على المشكلات الخاصة بالمعاقين وخاصة المعاقين حركياً، كما بينت أهمية المساندة الاجتماعية ودورها في مساعدة المعاقين على التكيف مع الحياة الاعتيادية والمشاركة فيها وهذا يؤكد على أهمية موضوع الدراسة الحالي المتعلق بالمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً.

2- أجريت هذه الدراسات في فترات زمنية متباعدة فكان آخرها دراسة (عوض، وآخرون، 2011) وهذا يعني مرور أكثر من عقدين ونيّف على البدء – في حدود علم الباحث للدراسات التي تعالج قضايا المعاقين بشكل عام والمعاقين حركياً بشكل خاص.

3- اعتمدت معظم الدراسات على المنهج الوصفي والمنهج الوصفي التحليلي مثل دراسة دراسة (عوض، وآخرون، 2011) و(علي،2000)، و دراسة (العتيبي، 2008) .

4- يتبين من الدراسات السابقة أنها بشكل عام لم ترتقِ إلى حقيقة الوقوف على المشاكل التي ترتبط بأصل ما يعاني منه المعاقين وأنها لم تُجب بدقة وصراحة عن ما تطلبه أبحاثهم أصلاً ولا ما يطلبه المعاقون من خلال أبحاثهم .

5- جميع الدراسات التي قاست مستوى الصلابة للمعاقين بشكل عام أكدت أنها تؤثر وتتأثر بالمتغيرات الأخرى قياساً بها وأن الرعاية الإجتماعية والمساندة الإجتماعية وغيرها من المتغيرات أدت جميعها إلى نتائج إيجابية على الصحة النفسية العامة للمعاقين حركياً .

6- أكدت بعض الدراسات إلى أن مفهوم التأهيل والرعاية بمعناه العلمي وعناصره وخطواته وإجراءاته المطلوبة، ليس له أي أثر في قاموس أنشطة الجمعيات، وهذا راجع لضعف التكوين وغياب المتخصصين العلميين والمهنيين الذين تعتمد عليهم عملية التأهيل بمختلف أصنافها.

7- توصلت بعض الدراسات كـ دراسة (موسى، 2010) وغيرها أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المعاقين في مفهوم الذات ، وهذا يؤكد المحصلة النهائية للدراسات السابقة وهي أن الرعاية والمساندة الإجتماعية وحتى الصلابة النفسية وغيرها من المتغيرات أوجدت نتائج مختلفة لطبيعة مفهوم الإعاقة لكل جنس .

نقاط اتفاق الدراسات السابقة :

لا شك في أن مجمل الدراسات السابقة قد اتفقت بشكل أو بآخر على أن فئة المعاقين هي فئة جديرة بالدراسة لما تحمله من مكنونات قد تكون في غيابات الجُب لدى بعض الدارسين أو حتى بعض المُهتمين بالمجال وقد أظهرت الدراسات مجتمعة على أن هناك تهميش مقصود أو غير مقصود في البحث العلمي بشكل عام لفئات المعاقين في شتى أنواع الإعاقات .

نقاط الاختلاف :

اختلفت الدراسات وتضاربت في الوصول لشكل موحد من التخمينات الذكية لبعض الفروض التي وضعها عدد من الباحثين حول العلاقة بين مستويات الإعاقة ومتغيرات كالجنس ودرجة الإعاقة وشدتها والحالة الاجتماعية والاقتصادية والمؤهل العلمي وعدد سنوات الإعاقة إلا أن هذا يرجع لكون الدراسات إنسانية ولا مكان للتعميم فيها .

تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بالتالي:

تتميز هذه الدراسة بأنها قد تكون من بين أوائل الدراسات في قطاع غزة إن لم تكن أولها على الإطلاق والتي تبحث عن الصلابة النفسية للمعاقين وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية والرضا عن خدمات الرعاية المقدمة لهم في المؤسسات المعنية بهم في قطاع غزة، كما أنها تحاول البحث في ظروف تكاد تكون استثنائية للمعاقين في مجتمعنا الفلسطيني نتيجة أن ما نسبته 80% من الإعاقات الموجودة في قطاع غزة هي نتيجة مقصودة بفعل جرائم الاحتلال سيما وأن العدد الأكبر من تلك لإعاقات لشباب في سن ما بين (20– 40 عاماً) وهو أمر غير موجود في العالمين العربي والإسلامي وهو ذات الأمر الذي يخلق خصوصية أكبر لهذه الدراسة .

الصعوبات التي واجهت الباحث:

ما من شك في أن الباحث قد عانى بشكل أو بآخر من بعض الصعوبات التي واجهته في إنجاز هذا البحث تمثلت في التالي:

1. عدم وجود إحصائيات دقيقة لأعداد المعاقين بشكل عام والمعاقين حركياً بشكل خاص في قطاع غزة.
2. عدم جدية بعض المؤسسات في تمكين الباحث من الوصول لبعض المعاقين حركياً من منتسبيها لتعبئة نماذج استبانات الباحث.
3. اضطرار الباحث لقراءة وتفسير بعض فقرات الاستبانة لبعض المعاقين من غير المتعلمين.

4. عدم لمس الباحث للجدية عند بعض المعاقين في الاستفادة من أهمية التعبئة السليمة لبعض فقرات الاستبانة .
5. تنوع موضوعات البحث وشُح بعض المراجع مما ألزم الباحث بتوسيع دائرة البحث للحصول على بعض المراجع لمحاوله إثراء موضوعاته.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة المتبع
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- صدق الاتساق الداخلي
- ثبات المقياس
- المعالجات الإحصائية
- إجراءات الدراسة

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً تفصيلياً للإطار الميداني للدارسة ، فيشتمل على وصفٍ لجميع الإجراءات العملية التي اتبعها الباحث في هذه الدراسة ، ويشمل ذلك المنهج البحثي المتبع والمجتمع الأصلي والعينة ، كما يشمل أدوات الدراسة وإجراءات صدقها وثباتها ، وأخيراً يتناول هذا الفصل الأساليب الإحصائية والإجراءات اللازمة للإجابة على أسئلة الدراسة واختبار صحة فرضيتها.

منهج الدراسة المتبع:

في ضوء أهداف الدراسة، فقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، الذي يقوم على وصف الظاهرة قيد البحث من جميع جوانبها، وتحليل بنيتها، ومعرفة مجمل العلاقات والروابط بين مكوناتها دون تدخل من الباحث في نتائجها، والظاهرة المراد دراستها وتحليلها في هذه الدراسة هي (المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة .

مجتمع الدراسة الأصلي:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من المعاقين حركياً بقطاع غزة و البالغ عددهم (14621) معاقاً حركيا، علماً بأن مؤسسة المعاقين حركياً في قطاع غزة، أكدت بأنه لا توجد إحصائيات دقيقة نتيجة عدم قيام الجهات الرسمية بعملية مسح شاملة وحديثة لأعداد المعاقين حركياً داخل قطاع غزة في الوقت الراهن. (جمعية المعاقين حركياً،2013: 3)

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية مسحية متاحة من مجتمع الدراسة مكونة من (200) معاقاً، للكشف عن (المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة وفق متغيرات الدراسة. وهذا توضيح بخصائص العينة.

أدوات الدراسة:

قام الباحث بالاطلاع على كل ما أتيح له من دراسات ترتبط بمتغيرات الدراسة، والتي ساعدت في بلورة التعريفات الإجرائية السابقة، والذي من خلالها تم تحديد الأبعاد في كل أداة من

أدوات الدراسة كما اطلع الباحث على العديد من الأدوات العربية والاستفادة منها في بناء أدواته مثل مقياس الصلابة النفسية ومقياس المساندة الاجتماعية ، ومقياس الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية.

استخدم الباحث في تحقيق أهداف الدراسة مجموعة من الأدوات الإحصائية يوردها على النحو التالي :

2. استبانة المساندة الاجتماعية من إعداد الباحث .
3. استبانة الصلابة النفسية من إعداد الباحث.
4. استبانة مدى رضا المعاقين حركياً عن خدمات الرعاية من إعداد الباحث.

الجدول (1)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب الجنس

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	120	60
أنثى	80	40
المجموع	200	100.0

الجدول (2)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب السن

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
من 15 إلى أقل من 20 سنة	57	28.5
من 20 إلى أقل من 25 سنة	69	34.5
من 25 إلى أقل من 30 سنة	39	19.5
من 30 إلى أقل من 35 سنة	8	4.0
35 سنة فأكثر	27	13.5
المجموع	200	100.0

الجدول (3)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب الحالة الاجتماعية

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	165	82.5
متزوج	32	16.0
مطلق	3	1.5
المجموع	200	100.0

الجدول (4)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب المؤهل العلمي

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	31	15.5
إعدادي	41	20.5
ثانوي	38	19.0
دبلوم متوسط	39	19.5
بكالوريوس	51	25.5
المجموع	200	100.0

الجدول (5)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب عدد أفراد الأسرة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 3 أفراد	31	15.5
من 3 إلى 5 أفراد	67	33.5
من 6 إلى 8 أفراد	63	31.5
من 8 أفراد فأكثر	39	19.5
المجموع	200	100.0

الجدول (6)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب عدد المعاقين داخل الأسرة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
معاق واحد	139	69.5
معاقان	44	22.0
ثلاثة معاقين فأكثر	17	8.5
المجموع	200	100.0

الجدول (7)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب الترتيب الولادي للمعاق

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الابن الأول	50	25.0
الابن الثاني	50	25.0
الابن الثالث	45	22.5
الابن الرابع	41	20.5
أخرى	14	7.0
المجموع	200	100.0

الجدول (8)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب درجة الإعاقة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
كلي	54	26.0
جزئي	146	73.0
المجموع	200	100.0

الجدول (9)

خصائص عينة الدراسة من المعاقين حركياً بقطاع غزة حسب أسباب الإصابة بالإعاقة

الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الوراثة	37	18.5
المرض	43	21.5
حادث	66	33.0
أخرى	54	27.0
المجموع	200	100.0

أولاً : استبانة الصلابة النفسية للمعاقين حركياً:

صدق المقياس وثباته :

صدق المحكمين:

حيث تم التأكد من صدق المقياس من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من المحكمين والمتخصصين في مجال علم النفس والتربية انظر ملحق رقم (1) ، وكذلك ملحق رقم (2) قبل التعديل، وبناءً عليه تم تعديل صياغة بعض العبارات انظر ملحق رقم (3) بعد التعديل.

صدق الاتساق الداخلي:

ولقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المعاقين حركياً ، وقوامها (50) معاقاً، وتم حساب معامل ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ككل وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي والجدول (10) يوضح ذلك .

الجدول (10)

صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصلابة النفسية كما يعبر عنه معامل ارتباط بيرسون

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الالتزام	0.74	دال عند (0.01≥α)
التحكم	0.81	دال عند (0.01≥α)
التحدي	0.68	دال عند (0.01≥α)
الصلابة النفسية ككل	0.69	دال عند (0.01≥α)

يلاحظ من الجدول (10) أن جميع المجالات مرتبطة إحصائياً عند (α ≥ 0.01) مع المجموع الكلي للمقياس، وهذا يعني أن المقياس يتمتع باتساق داخلي، كما تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع المجموع الكلي لبعدها، والجدول (11) يوضح ذلك.

جدول (11)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه (ن = 200)

الالتزام		التحدي		التحكم	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
6	0.547	7	0.521	1	0.385
9	0.478	8	0.462	2	0.478
10	0.536	16	0.455	3	0.536
11	0.521	17	0.431	4	0.474
12	0.501	18	0.475	5	0.553
13	0.424	19	0.563	14	0.395
23	0.387	20	0.452	15	0.484
25	0.460	22	0.417	21	0.491
		24	0.326	28	0.452
		26	0.353	29	0.505
		27	0.399	30	0.473

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

ثبات المقياس:

لقد تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق :

أ. **التجزئة النصفية:**

حيث تم تجزئة المقياس إلى نصفين ، الفقرات الفردية مقابل الفقرات الزوجية ، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين النصفين على المقياس ككل ، ولكل بعد من أبعاد المقياس ، ثم تم تعديل الطول لكل منهما باستخدام معامل سبيرمان / براون والجدول (12) يوضح ذلك.

الجدول (12)

ثبات التجزئة النصفية لمقياس الصلابة النفسية كما يعبر عنه معامل بيرسون ومعامل سبيرمان / براون

البعد	التجزئة النصفية	
	معامل بيرسون	سبيرمان / بروان
الالتزام	0.82	0.90
التحكم	0.76	0.86
التحدي	0.79	0.88
الصلابة النفسية ككل	0.87	0.93

ويلاحظ من الجدول (12) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون، وقيم معاملات سبيرمان/ براون لمقياس الصلابة النفسية تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة، تؤكد صلاحيته للاستخدام.

ب- معامل ألفا كرونباخ :

حيث يشير ارتفاع معامل α إلى إن فقرات المقياس تعبر عن مضمون واحد ، كما أن هذا المعامل يدل على الحد الأدنى لمعامل الثبات ، ويوضح الجدول (13) قيم معامل α للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاده

الجدول (13)

ثبات مقياس الصلابة النفسية كما تعبر عنه معاملات α كرونباخ

البعد	معامل α
الالتزام	0.75
التحكم	0.72
التحدي	0.79
الصلابة النفسية ككل	0.71

يلاحظ من الجدول (13) أن قيم معاملات α كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية بأبعاده الثلاثة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات داخلي جيدة تؤكد وحدة مضمونه وبالتالي صلاحيته للاستخدام.

ثانياً : استبانة المساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً:

صدق المقياس وثباته :

صدق المحكمين:

حيث تم التأكد من صدق المقياس من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من المحكمين والمتخصصين في مجال علم النفس والتربية انظر ملحق رقم (1) ، وكذلك ملحق رقم (2) قبل التعديل، وبناءً عليه تم تعديل صياغة بعض العبارات انظر ملحق رقم (3) بعد التعديل.

صدق الاتساق الداخلي:

ولقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المعاقيين حركياً ، وقوامها (50) معاقاً، وتم حساب معامل ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ككل وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي والجدول (14) يوضح ذلك .

الجدول (14)

صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية كما يعبر عنه معامل ارتباط بيرسون

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة النفسية الاجتماعية	0.76	دال عند (0.01≥α)
مساندة الأسرة	0.80	دال عند (0.01≥α)
مساندة الأصدقاء	0.74	دال عند (0.01≥α)
مساندة المعلومات	0.73	دال عند (0.01≥α)
المساندة الاجتماعية ككل	0.79	دال عند (0.01≥α)

يلاحظ من الجدول (14) أن جميع المجالات مرتبطة إحصائياً عند ($\alpha \geq 0.01$) مع المجموع الكلي للمقياس، وهذا يعني أن المقياس يتمتع باتساق داخلي، كما تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع المجموع الكلي لبعدها، والجدول (15) يوضح ذلك.

الجدول (15)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه

(ن = 200)

المساندة النفسية الاجتماعية		**مساندة الأسرة**		**مساندة الأصدقاء**		**مساندة المعلومات**	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.455	11	0.475	20	0.385	30	0.431
2	0.431	12	0.563	21	0.478	31	0.521
3	0.387	13	0.491	22	0.397	32	0.462
4	0.460	14	0.424	23	0.475	33	0.547
5	0.395	15	0.424	24	0.563	34	0.501
6	0.505	16	0.473	25	0.491	35	0.484
7	0.474	17	0.431	26	0.536	36	0.521
8	0.553	18	0.387	27	0.460	37	0.462
9	0.547	19	0.475	28	0.501	38	0.547
10	0.501			29	0.563	39	0.478
						40	0.478

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

ثبات المقياس :

لقد تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق :

أ. **التجزئة النصفية:**

حيث تم تجزئة المقياس إلى نصفين ، الفقرات الفردية مقابل الفقرات الزوجية ، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين النصفين على المقياس ككل ، ولكل بعد من أبعاد المقياس ، ثم تم تعديل الطول لكل منهما باستخدام معامل سبيرمان / براون والجدول (16) يوضح ذلك.

الجدول (16)

ثبات التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية كما يعبر عنه معامل بيرسون ومعامل سبيرمان / براون

البعد	التجزئة النصفية	
	معامل بيرسون	سبيرمان / بروان
المساندة النفسية الاجتماعية	0.76	0.86
مساندة الأسرة	0.82	0.90
مساندة الأصدقاء	0.79	0.88
مساندة المعلومات	0.87	0.93
المساندة الاجتماعية ككل	0.82	0.90

ويلاحظ من الجدول (16) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون، وقيم معاملات سبيرمان/ براون لمقياس الصلابة النفسية تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة، تؤكد صلاحيته للاستخدام.

ب- معامل ألفا كرونباخ :

حيث يشير ارتفاع معامل α إلى إن فقرات المقياس تعبر عن مضمون واحد ، كما أن هذا المعامل يدل على الحد الأدنى لمعامل الثبات ، ويوضح الجدول (17) قيم معامل α للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاده

الجدول (17)

ثبات مقياس الصلابة النفسية كما تعبر عنه معاملات α كرونباخ

البعد	معامل α
المساندة النفسية الاجتماعية	0.73
مساندة الأسرة	0.70
مساندة الأصدقاء	0.76
مساندة المعلومات	0.75
المساندة الاجتماعية ككل	0.75

يلاحظ من الجدول (17) أن قيم معاملات α كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية بأبعاده الأربعة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات داخلي جيدة تؤكد وحدة مضمونه وبالتالي صلاحيته للاستخدام.

ثالثاً : استبانة الرضا عن الرعاية للمعاقين حركياً:

صدق المقياس وثباته :

صدق المحكمين:

حيث تم التأكد من صدق المقياس من خلال عرض عبارات المقياس على مجموعة من المحكمين والمتخصصين في مجال علم النفس والتربية انظر ملحق رقم (1) ، وكذلك ملحق رقم (2) قبل التعديل، وبناءً عليه تم تعديل صياغة بعض العبارات انظر ملحق رقم (3) بعد التعديل.

صدق الاتساق الداخلي:

ولقد قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية من المعاقيين حركياً ، وقوامها (50) معاقاً، وتم حساب معامل ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ككل وذلك لحساب صدق الاتساق الداخلي والجدول (18) يوضح ذلك .

الجدول (18)

صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية كما يعبر عنه معامل ارتباط بيرسون

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الرعاية الاجتماعية	0.75	دال عند (α≥0.01)
الرعاية النفسية	0.86	دال عند (α≥0.01)
الرعاية الترويحية والتأهيلية	0.77	دال عند (α≥0.01)
الرعاية الإعلامية	0.82	دال عند (α≥0.01)
رعاية المعاقين حركياً ككل	0.73	دال عند (α≥0.01)

يلاحظ من الجدول (18) أن جميع المجالات مرتبطة إحصائياً عند (α ≤ 0.01) مع المجموع الكلي للمقياس، وهذا يعني أن المقياس يتمتع باتساق داخلي، كما تم حساب معامل ارتباط كل فقرة مع المجموع الكلي لبعدها، والجدول (19) يوضح ذلك.

جدول (19)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه (ن = 200)

الرعاية الاجتماعية		الرعاية النفسية		الرعاية الترويحية والتأهيلية		الرعاية الإعلامية	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.65	8	0.67	14	0.68	21	0.52
2	0.63	9	0.56	15	0.67	22	0.58
3	0.58	10	0.59	16	0.59	23	0.66
4	0.66	11	0.52	17	0.57	24	0.59
5	0.59	12	0.62	18	0.66	25	0.57
6	0.55	13	0.67	19	0.69	26	0.68
7	0.67			20	0.63		

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05).

ثبات المقياس: لقد تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق:

أ. **التجزئة النصفية:**

حيث تم تجزئة المقياس إلى نصفين ، الفقرات الفردية مقابل الفقرات الزوجية ، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين النصفين على المقياس ككل ، ولكل بعد من أبعاد المقياس ، ثم تم تعديل الطول لكل منهما باستخدام معامل سبيرمان / براون والجدول (20) يوضح ذلك.

الجدول (20)

ثبات التجزئة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية كما يعبر عنه معامل بيرسون ومعامل سبيرمان/ براون

البعد	التجزئة النصفية	
	معامل بيرسون	سبيرمان / بروان
الرعاية الاجتماعية	0.84	0.90
الرعاية النفسية	0.83	0.90
الرعاية الترويحية والتأهيلية	0.75	0.86
الرعاية الإعلامية	0.88	0.93
رعاية المعاقين حركياً ككل	0.77	0.88

ويلاحظ من الجدول (20) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون، وقيم معاملات سبيرمان/ براون لمقياس الصلابة النفسية تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مقبولة، تؤكد صلاحيته للاستخدام.

ب- معامل ألفا كرونباخ :

حيث يشير ارتفاع معامل α إلى إن فقرات المقياس تعبر عن مضمون واحد ، كما أن هذا المعامل يدل على الحد الأدنى لمعامل الثبات، ويوضح الجدول (21) قيم معامل α للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاده

الجدول (21)

ثبات مقياس الصلابة النفسية كما تعبر عنه معاملات α كرونباخ

البعد	معامل α
الرعاية الاجتماعية	0.74
الرعاية النفسية	0.72
الرعاية الترويحية والتأهيلية	0.75
الرعاية الإعلامية	0.76
رعاية المعاقين حركياً ككل	0.77

يلاحظ من الجدول (21) أن قيم معاملات α كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية بأبعاده الأربعة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات داخلي جيدة تؤكد وحدة مضمونه وبالتالي صلاحيته للاستخدام.

المعالجات الإحصائية:

للإجابة على أسئلة الدراسة واختبار صحة فرضياتها تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (**SPSS**)، حيث تم استخدام مايلي:

أ. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة على السؤال الأول.

ب. اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لاختبار صحة الفرضية المتعلقة بالجنس.

ج. تحليل التباين الأحادي لاختبار صحة الفرضيات المتعلقة بكل من: السن، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي.

د. اختبار شيفيه البعدي في حالة وجود فروق.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة اتبع الباحث الخطوات التالية:

1. مراجعة الكتابات المتعلقة بالمعاقين حركياً وبكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية الاجتماعية.
2. مراجعة الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة ومتغيراتها ، والتعرف إلى أدواتها البحثية وطبيعة النتائج التي تم التوصل إليها، والتي في ضوئها تم اختيار أدوات الدراسة وهي الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية الاجتماعية.
3. إعداد أدوات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية تم اختيارها من مجتمع الدراسة الأصلي.
4. تم اختيار عينة عشوائية متاحة من مجتمع الدراسة ، وتم تطبيق أدوات الدراسة عليها، وتم رصد البيانات ومعالجتها إحصائياً.
5. وللتوصل إلى النتائج تم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية، ولاختبار صحة الفرضيات تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين وتحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه البعدي.
6. وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، تمّت صياغة التوصيات ذات العلاقة، كما تم اقتراح بحوث أخرى لإثراء الموضوع واستكمال جوانبه الأخرى.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

- نتائج الدراسة
- توصيات الدراسة
- مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، حيث سيتم الاجابة على أسئلة الدراسة، من خلال اختبار صحة فرضياتها، باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS)، حيث سيتم عرض النتائج المتعلقة بمستوى كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً بشكل عام أولاً، ثم في ضوء متغيرات وخصائص العينة ثانياً، وهذا توضيح بذلك..

أولاً: نتائج الدراسة:

إجابة السؤال الأول:

ينص السؤال الأول على ما يلي:

ما مستوى كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً؟

وللإجابة على هذا السؤال، تم استخدام المتوسطات الحسابية والنسب المئوية، والجداول (22) توضح ذلك.

الجدول (22)

مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية
التزام	200	19.7300	2.55927	28.6
تحدي	200	23.7650	3.58946	34.5
تحكم	200	25.3250	3.27767	36.7
الصلابة النفسية	200	68.8200	7.87002	76.4

يلاحظ من الجدول (22) أن مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة يعادل (76.4%)، وأن ترتيب أبعاد مستوى الصلابة النفسية جاء كالتالي:

- مستوى التحكم احتل المرتبة الأولى بنسبة مئوية (36.7%).
- مستوى التحدي احتل المرتبة الثانية بنسبة مئوية (34.5%).
- مستوى الالتزام احتل المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (28.6%).

ويرجع السبب في ذلك من منظور الباحث إلى أن الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً يتمتعون بدرجة كبيرة من التحكم لوجودهم داخل مجتمع فلسطيني له عاداته وتقاليده الخاصة، وظروف المعيشة الصعبة والاحتلال زاد من درجة التحدي لديهم، لذلك نرى أن كل من الالتزام والتحكم والتحدي ظهرت تواليه كما في الجدول السابق وهذا يؤكد ما ذهبت إليه الدراسة من حيث أن مجتمع المعاقين حركياً لديهم درجة عالية في الالتزام يفرضه عليهم مجتمعهم الفلسطيني الذين يعيشون فيه ثم أن التحكم في درجة صلابتهم وتحديهم للمعيقات التي تحول دون انضمامهم بشكل أو بآخر لمجتمع الأصحاء من خلال هذا الشعور كما أن تحديهم للصعوبات التي تواجه إعاقتهم كانت على درجة مهمة نتيجة إيمانهم بإعاقتهم وتحديهم لواقعهم.

الجدول (23)

مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية
المساندة النفسية الاجتماعية	200	27.2900	2.54327	26.4
مساندة الأسرة	200	23.7250	3.08007	23
مساندة الأصدقاء	200	26.2100	3.66923	25.3
مساندة المعلومات	200	25.8950	3.10033	25.1
المساندة الاجتماعية	200	103.1200	9.23319	86

يلاحظ من الجدول (23) أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة يعادل (86%)، وأن ترتيب أبعاد مستوى الصلابة النفسية جاء كالتالي:

- مستوى المساندة النفسية الاجتماعية احتل المرتبة الأولى بنسبة مئوية (26.4%).
- مستوى مساندة الأصدقاء احتل المرتبة الثانية بنسبة مئوية (25.3%).
- مستوى مساندة المعلومات احتل المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (25.1%).
- مستوى مساندة الأسرة احتل المرتبة الرابعة بنسبة مئوية (23%).

ويرجع السبب في ذلك من منظور الباحث إلى أن أهم أنواع المساندة من وجهة نظر المعاقين حركياً هي المساندة النفسية والاجتماعية، لأن ما يتلقاه المعاق من المحيطين به تؤثر سلباً وايجاباً على الناحية النفسية والاجتماعية للمعاق، كما أن مساندة الأصدقاء لها أهمية كبيرة في زيادة الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً،أما عن مساندة المعلومات فإنها ذات قيمة خاصة لدى المعاقين حركياً لما لها من انعكاسات على النواحي النفسية. أما عن مساندة الأسرة فإن كثيرين من المعاقين حركياً لا يبدوا بأنهم يتمتعون بهذه المساندة مما أظهرها في المرتبة الأخيرة.

الجدول (24)

مستوى الرضا عن خدمات الرعاية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية
الرعاية الاجتماعية	200	16.0550	3.79129	28.8
الرعاية النفسية	200	14.4550	2.25909	25.9
الرعاية الترويحية والتأهيلية	200	13.2350	2.56959	23.7
الرعاية الإعلامية	200	11.8850	1.92883	21.3
رعاية المعاقين حركياً	200	55.6300	7.69148	71.3

يلاحظ من الجدول (24) أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة يعادل (71.3%)، وأن ترتيب أبعاد مستوى الصلابة النفسية جاء كالتالي:

- مستوى الرعاية الاجتماعية احتل المرتبة الأولى بنسبة مئوية (28.8%).
- مستوى الرعاية النفسية احتل المرتبة الثانية بنسبة مئوية (25.9%).
- مستوى الرعاية الترويحية والتأهيلية احتل المرتبة الثالثة بنسبة مئوية (23.7%).
- مستوى الرعاية الإعلامية احتل المرتبة الرابعة بنسبة مئوية (21.3%).

ويرجع السبب في ذلك من منظور الباحث إلى أن الرعاية الاجتماعية التي يتلقاها المعاقين حركياً في مؤسساتهم أو بيوتهم أو البيئة المحيطة بهم، ذات علاقة مباشرة بواقعهم النفسي، لذلك فإن الرعاية النفسية كما الرعاية الاجتماعية لها التصاق مباشر ولا يمكن فصل الناحية الاجتماعية عن النفسية من حيث أهميتها وتكاملها، أما عن الرعاية الترويحية فإنها لا ترتقي إلى المستوى المطلوب وكذلك الرعاية الإعلامية، وذلك بسبب حداثة الاهتمام بالمعاقين حركياً من قبل المؤسسات المحلية في قطاع غزة.

إجابة الأسئلة الفرعية للسؤال الأول:

أولاً: هل يختلف كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً باختلاف الحالة الاجتماعية؟

وتنص الفرضية ذات العلاقة على ما يلي:

لا يوجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الحالة الاجتماعية.

وللإجابة على هذا السؤال واختبار صحة الفرضية المرتبطة به، تم استخدام تحليل التباين الأحادي ، والجداول (25) توضح ذلك.

الجدول (25)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر الحالة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التزام	بين المجموعات	67.125	2	33.563	5.348	.005
	خلال المجموعات	1236.295	197	6.276		
	المجموع	1303.420	199			
تحدي	بين المجموعات	235.676	2	117.838	9.971	.000
	خلال المجموعات	2328.279	197	11.819		
	المجموع	2563.955	199			
تحكم	بين المجموعات	161.177	2	80.589	8.032	.000
	خلال المجموعات	1976.698	197	10.034		
	المجموع	2137.875	199			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1229.544	2	614.772	10.915	.000
	خلال المجموعات	11095.976	197	56.325		
	المجموع	12325.520	199			

يلاحظ من الجدول (25) أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq 0.05$) على جميع أبعاد الصلابة النفسية، وهذا يعني أنه يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة

النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الحالة الاجتماعية، وبالتالي ترفض فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن المعاقين المتزوجين يشعرون بحالة جيدة من الصلابة النفسية أكثر من أقرانهم الغير متزوجين والمنفصلين، وهذا يرجع إلى أن المعاق حركياً المتزوج يتمتع بنوع من الاستقرار النفسي والاجتماعي داخل أسرته، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (أبو سكران،2009) التي أكدت وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركياً يعزى لمتغير الحالة الاجتماعية بين المتزوج والأعزب وكان التوافق لصالح المتزوج .

وللكشف عن اتجاه الفروق، تم استخدام اختبار شيفيه البعدي، والجدول (26) يوضح ذلك:

الجدول (26)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر الحالة الاجتماعية في المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	32.310	2	16.155	2.536	.082
	خلال المجموعات	1254.870	197	6.370		
	المجموع	1287.180	199			
مساندة الأسرة	بين المجموعات	12.112	2	6.056	.636	.530
	خلال المجموعات	1875.763	197	9.522		
	المجموع	1887.875	199			
مساندة الأصدقاء	بين المجموعات	110.967	2	55.484	4.256	.016
	خلال المجموعات	2568.213	197	13.037		
	المجموع	2679.180	199			
مساندة المعلومات	بين المجموعات	31.619	2	15.810	1.656	.194
	خلال المجموعات	1881.176	197	9.549		
	المجموع	1912.795	199			
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	471.605	2	235.802	2.816	.062
	خلال المجموعات	16493.515	197	83.723		
	المجموع	16965.120	199			

يلاحظ من الجدول (26) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند (α≤ 0.05) على جميع أبعاد المساندة الاجتماعية عدا بعد مساندة الأصدقاء، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الحالة الاجتماعية، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

ويرى الباحث هنا أن الحالة الاجتماعية لم تكن ذات مغزى دلالي يؤدي إلى وجود الفروق المطلوبة ، لذلك فإنه يتبين من ذلك أن المساندة الاجتماعية كانت موجودة لدى الجنسين دون النظر للحالة الاجتماعية التي لم تظهر فروق بين الجنسين وأن المساندة الاجتماعية كانت تؤدي إلى نفس الدلالة لدى كل من المتزوجون وغير المتزوجون .

الجدول (27)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر الحالة الاجتماعية في الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الرعاية الاجتماعية	بين المجموعات	108.713	2	54.357	3.892	.022
	خلال المجموعات	2751.682	197	13.968		
	المجموع	2860.395	199			
الرعاية النفسية	بين المجموعات	65.473	2	32.737	6.788	.001
	خلال المجموعات	950.122	197	4.823		
	المجموع	1015.595	199			
الرعاية الترويحية والتأهيلية	بين المجموعات	6.221	2	3.111	.469	.627
	خلال المجموعات	1307.734	197	6.638		
	المجموع	1313.955	199			
الرعاية الإعلامية	بين المجموعات	7.353	2	3.676	.988	.374
	خلال المجموعات	733.002	197	3.721		
	المجموع	740.355	199			
رعاية المعاقين حركياً	بين المجموعات	541.133	2	270.566	4.746	.010
	خلال المجموعات	11231.487	197	57.013		
	المجموع	11772.620	199			

يلاحظ من الجدول (27) أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq 0.05$) على معظم أبعاد الرضا عن الرعاية، وهذا يعني أنه يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الحالة الاجتماعية، وبالتالي ترفض فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن الرعاية الاجتماعية بشكل عام تميزها الحالة الاجتماعية لأن الواقع النفسي والاجتماعي للمعاق المتزوج تختلف عن قرينه المطلق أو الأعزب.

ثانياً: هل يختلف كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً باختلاف المؤهل العلمي؟

وتنص الفرضية ذات العلاقة على ما يلي:

لا يوجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير المؤهل العلمي.

وللإجابة على هذا السؤال واختبار صحة الفرضية المرتبطة به، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجداول (28) توضح ذلك.

الجدول (28)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر المؤهل العلمي في الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التزام	بين المجموعات	30.553	4	7.638	1.170	.325
	خلال المجموعات	1272.867	195	6.528		
	المجموع	1303.420	199			
تحدي	بين المجموعات	178.145	4	44.536	3.640	.007
	خلال المجموعات	2385.810	195	12.235		
	المجموع	2563.955	199			
تحكم	بين المجموعات	42.610	4	10.653	.991	.413
	خلال المجموعات	2095.265	195	10.745		
	المجموع	2137.875	199			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	492.040	4	123.010	2.027	.092
	خلال المجموعات	11833.480	195	60.685		
	المجموع	12325.520	199			

يلاحظ من الجدول (28) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq$ 0.05) على جميع أبعاد الصلابة النفسية عدا بعد التحدي، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير المؤهل العلمي، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

ويرى الباحث هنا أن المعاقين حركياً بشكل عام كانوا يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية ولم يكن لمتغير المؤهل العلمي أي دور في تغيير مستوى الصلابة النفسية لديهم، وعليه فإن الصلابة النفسية التي يتمتع بها المعاقين حركياً المتعلمين وغير المتعلمون على دراجة واحدة من القوة والمنعة النفسية .

الجدول (29)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر المؤهل العلمي في المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	65.183	4	16.296	2.600	.037
	خلال المجموعات	1221.997	195	6.267		
	المجموع	1287.180	199			
مساندة الأسرة	بين المجموعات	142.615	4	35.654	3.984	.004
	خلال المجموعات	1745.260	195	8.950		
	المجموع	1887.875	199			
مساندة الأصدقاء	بين المجموعات	139.715	4	34.929	2.682	.033
	خلال المجموعات	2539.465	195	13.023		
	المجموع	2679.180	199			
مساندة المعلومات	بين المجموعات	161.389	4	40.347	4.492	.002
	خلال المجموعات	1751.406	195	8.982		
	المجموع	1912.795	199			
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	1704.575	4	426.144	5.445	.000
	خلال المجموعات	15260.545	195	78.259		
	المجموع	16965.120	199			

يلاحظ من الجدول (29) أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq 0.05$) على جميع أبعاد المساندة الاجتماعية، وهذا يعني أنه يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير المؤهل العلمي، وبالتالي ترفض فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن المساندة الاجتماعية بشكل عام المقدمة من البيئة المحيطة للمعاقين حركياً تختلف من حيث تطورها وازدهارها نتيجة وجود متغير المؤهل العلمي، لذلك فإن شعور المعاقين حركياً من المتعلمين أكبر من شعور المعاقين حركياً من غير المتعلمين بنفس المساندة الاجتماعية.

وللكشف عن اتجاه الفروق، تم استخدام اختبار شيفيه البعدي، والجدول (30) يوضح ذلك:

الجدول (30)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر المؤهل العلمي في الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الرعاية الاجتماعية	بين المجموعات	108.187	4	27.047	1.916	.109
	خلال المجموعات	2752.208	195	14.114		
	المجموع	2860.395	199			
الرعاية النفسية	بين المجموعات	22.967	4	5.742	1.128	.345
	خلال المجموعات	992.628	195	5.090		
	المجموع	1015.595	199			
الرعاية الترويحية والتأهيلية	بين المجموعات	115.776	4	28.944	4.711	.001
	خلال المجموعات	1198.179	195	6.145		
	المجموع	1313.955	199			
الرعاية الإعلامية	بين المجموعات	46.789	4	11.697	3.289	.012
	خلال المجموعات	693.566	195	3.557		
	المجموع	740.355	199			
رعاية المعاقين حركياً	بين المجموعات	931.990	4	232.998	4.191	.003
	خلال المجموعات	10840.630	195	55.593		
	المجموع	11772.620	199			

يلاحظ من الجدول (30) أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq 0.05$) على معظم أبعاد الرضا عن الرعاية، وهذا يعني أنه يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير المؤهل العلمي، وبالتالي ترفض فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن الرضا عن الرعاية بشكل عام المقدمة من البيئة المحيطة للمعاقين حركياً تختلف نتيجة وجود متغير المؤهل العلمي، لذلك فإن شعور المعاقين حركياً من المتعلمين أكبر من شعور المعاقين حركياً من غير المتعلمين بنفس الرضا عن خدمات الرعاية الاجتماعية.

ثالثاً: هل توجد علاقة ارتباطية بين كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ؟

وتنص الفرضية ذات العلاقة على ما يلي:

لا يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً.

وللإجابة على هذا السؤال واختبار صحة الفرضية المرتبطة به، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، والجداول (31) توضح ذلك.

الجدول (31)

نتائج استخدام معامل ارتباط بيرسون بين متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً

البيان		الصلابة النفسية	المساندة الاجتماعية	الرضا عن الرعاية
الصلابة النفسية	معامل بيرسون	1	.183	-.046
	الدلالة الإحصائية	-	.009	.520
المساندة الاجتماعية	معامل بيرسون	.183	1	.425
	الدلالة الإحصائية	.009	-	.000
الرضا عن الرعاية	معامل بيرسون	-.046	.425	1
	الدلالة الإحصائية	.520	.000	-

يلاحظ من الجدول (31) ما يلي:

يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً. وهذا يرجع من وجهة نظر الباحث إلى أنه كلما كان هناك مساندة اجتماعية لدى المعاقين حركياً من قبل البيئة المحيطة بهم زادت درجة الصلابة النفسية.

لا يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من الصلابة النفسية الرضا عن المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً، وهذا من وجهة نظر الباحث أنه من غير المعقول عدم وجود مساندة للمعاقين حركياً وتبقى الصلابة النفسية كما هي، فمن المتعارف عليه أنه كلما زادت المساندة الاجتماعية زادت الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً على وجه الخصوص والعكس.

يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي كل من المساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً، حيث يرى الباحث أن الرضا عن الرعاية الاجتماعية التي تُقدم للمعاقين حركياً مرتبطة ارتباط كلي بالمساندة الاجتماعية، والتي من خلالها يتبين مدى رضا المعاقين حركياً عن تلك المساندة الاجتماعية وبالتالي قوة أو ضعف الصلابة النفسية.

إجابة السؤال الثاني: ينص السؤال الثاني على ما يلي:

هل يختلف كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً باختلاف الجنس؟

وتنص الفرضية ذات العلاقة على ما يلي:

لا يوجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس.

وللإجابة على هذا السؤال واختبار صحة الفرضية المرتبطة به، تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، والجداول (32) توضح ذلك.

الجدول (32)

نتائج اختبار (ت) لأثر الجنس في الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

البيان	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	قيمة (ت) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التزام	ذكر	120	19.8417	.755	.451
	أنثى	80	19.5625		
تحدي	ذكر	120	24.0417	1.338	.183
	أنثى	80	23.3500		
تحكم	ذكر	120	25.7917	2.498	.013
	أنثى	80	24.6250		
الصلابة النفسية	ذكر	120	69.6750	1.894	.060
	أنثى	80	67.5375		

يلاحظ من الجدول (32) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند (α≤ 0.05) على جميع أبعاد الصلابة النفسية عدا بعد التحكم، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن الظروف الحياتية التي يعيشها المعاقين حركياً من كلا الجنسين، لا يمكن أن يكون لها أثراً بارزاً من حيث وضوح أبعاد الصلابة النفسية، وقد اتفقت الراسة مع دراسة (غراب،2007) والتي توصلت لنفس ما توصلت إليه الدراسة الحالية من أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة والمشكلات النفسية ترجع لمتغير الجنس .

الجدول (33)

نتائج اختبار (ت) لأثر الجنس في المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

البيان	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	قيمة (ت) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة النفسية الاجتماعية	ذكر	120	27.2083	-.555	.579
	أنثى	80	27.4125		
مساندة الأسرة	ذكر	120	23.7500	.140	.889
	أنثى	80	23.6875		
مساندة الأصدقاء	ذكر	120	26.3167	.503	.616
	أنثى	80	26.0500		
مساندة المعلومات	ذكر	120	26.0750	1.006	.316
	أنثى	80	25.6250		
المساندة الاجتماعية	ذكر	120	103.3500	.431	.667
	أنثى	80	102.7750		

يلاحظ من الجدول (33) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند (α≤ 0.05) على جميع أبعاد المساندة الاجتماعية، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن المساندة الاجتماعية المقدمة من مؤسسات المجتمع المحلي للمعاقين لا يمكن تقديمها على أساس الجنس؛ لذلك لم تتضح هذه الفروق في الدراسة.

الجدول (34)

نتائج اختبار (ت) لأثر الجنس في الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

البيان	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	قيمة (ت) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الرعاية الاجتماعية	ذكر	120	15.7417	-1.435	.153
	أنثى	80	16.5250		
الرعاية النفسية	ذكر	120	14.2500	-1.578	.116
	أنثى	80	14.7625		
الرعاية الترويحية والتأهيلية	ذكر	120	13.3000	.437	.662
	أنثى	80	13.1375		
الرعاية الإعلامية	ذكر	120	12.0000	1.033	.303
	أنثى	80	11.7125		
رعاية المعاقين حركياً	ذكر	120	55.2917	-.761	.448
	أنثى	80	56.1375		

يلاحظ من الجدول (34) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند (α≤ 0.05) على جميع أبعاد الرضا عن الرعاية، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير الجنس، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن خدمات الرعاية المقدمة للمعاقين حركياً لا يمكن تقديمها على أساس الجنس، لذلك اتضح ذلك في فرضية الدراسة الصفرية من كون أنه لا يوجد فروق في مستوى الرعاية على أساس الجنس.

إجابة السؤال الثالث:

ينص السؤال الثالث على ما يلي:

هل يختلف كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً باختلاف السن؟

وتنص الفرضية ذات العلاقة على ما يلي:

لا يوجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن.

وللإجابة على هذا السؤال واختبار صحة الفرضية المرتبطة به، تم استخدام تحليل التباين الأحادي ، والجداول (35) توضح ذلك.

الجدول (35)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر السن في الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
التزام	بين المجموعات	60.325	4	15.081	2.366	.054
	خلال المجموعات	1243.095	195	6.375		
	المجموع	1303.420	199			
تحدي	بين المجموعات	343.416	4	85.854	7.539	.000
	خلال المجموعات	2220.539	195	11.387		
	المجموع	2563.955	199			
تحكم	بين المجموعات	181.938	4	45.484	4.535	.002
	خلال المجموعات	1955.937	195	10.030		
	المجموع	2137.875	199			
الصلابة النفسية	بين المجموعات	1315.231	4	328.808	5.823	.000
	خلال المجموعات	11010.289	195	56.463		
	المجموع	12325.520	199			

يلاحظ من الجدول (35) أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq 0.05$) على جميع أبعاد الصلابة النفسية، وهذا يعني أنه يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن، وبالتالي ترفض فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى طبيعة الرعاية في المجتمع الفلسطيني سيما قطاع غزة بشكل خاص، لا تنظر إلى المعاقين حركياً نظرة إنسانية، لذلك فإن عامل السن يعتبر أحد أهم العوامل لتغير مفهوم النظرة إليهم بالإضافة إلى أن طبيعة الخدمات المقدمة لدى المعاقين حركياً تختلف نتيجة اختلاف السن، حيث أن ما تقدمه المؤسسات من خدمات لا يمكن أن يتم توحيدها نتيجة الاختلافات العمرية للمعاقين حركياً.

وللكشف عن اتجاه الفروق، تم استخدام اختبار شيفيه البعدي، والجدول (36) يوضح ذلك:

الجدول (36)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر السن في المساندة الاجتماعية

لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	75.816	4	18.954	3.051	.018
	خلال المجموعات	1211.364	195	6.212		
	المجموع	1287.180	199			
مساندة الأسرة	بين المجموعات	43.481	4	10.870	1.149	.335
	خلال المجموعات	1844.394	195	9.458		
	المجموع	1887.875	199			
مساندة الأصدقاء	بين المجموعات	201.289	4	50.322	3.960	.004
	خلال المجموعات	2477.891	195	12.707		
	المجموع	2679.180	199			
مساندة المعلومات	بين المجموعات	71.611	4	17.903	1.896	.113
	خلال المجموعات	1841.184	195	9.442		
	المجموع	1912.795	199			
المساندة النفسية الاجتماعية	بين المجموعات	561.971	4	140.493	1.670	.158
	خلال المجموعات	16403.149	195	84.119		
	المجموع	16965.120	199			

يلاحظ من الجدول (36) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq$ 0.05) على المساندة الاجتماعية ككل وعلى بعدي مساندة الأسرة ومساندة المعلومات والمساندة النفسية، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن على هذه الأبعاد، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن المساندة الاجتماعية المقدمة من مؤسسات المجتمع المحلي المعنية بالمعاقين حركياً، والمجتمع الفلسطيني بشكل عام، لا ينظر من حيث من مساندته الاجتماعية لهؤلاء المعاقين على أساس السن، مما يعني أنه لا أثر للسن في إيجاد فروق للمساندة الاجتماعية للمعاقين حركياً.

الجدول (37)

نتائج تحليل التباين الأحادي لأثر السن في الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة

الأبعاد	البيان	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف) المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الرعاية الاجتماعية	بين المجموعات	14.394	4	3.599	.247	.911
	خلال المجموعات	2846.001	195	14.595		
	المجموع	2860.395	199			
الرعاية النفسية	بين المجموعات	56.348	4	14.087	2.864	.025
	خلال المجموعات	959.247	195	4.919		
	المجموع	1015.595	199			
الرعاية الترويحية والتأهيلية	بين المجموعات	29.608	4	7.402	1.124	.346
	خلال المجموعات	1284.347	195	6.586		
	المجموع	1313.955	199			
الرعاية الإعلامية	بين المجموعات	55.369	4	13.842	3.941	.004
	خلال المجموعات	684.986	195	3.513		
	المجموع	740.355	199			
رعاية المعاقين حركياً	بين المجموعات	135.469	4	33.867	.568	.687
	خلال المجموعات	11637.151	195	59.678		
	المجموع	11772.620	199			

يلاحظ من الجدول (37) أن قيمة (ت) المحسوبة أصغر من قيمة (ت) الجدولية عند ($\alpha \leq$ 0.05) على الرضا عن الرعاية ككل وعلى بعدي الرعاية الاجتماعية والترويحية، وهذا يعني أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الرضا عن الرعاية لدى المعاقين حركياً ترجع لمتغير السن على هذه الأبعاد، وبالتالي تقبل فرضية الدراسة الصفرية.

وهذا يرجع من منظور الباحث إلى أن مستوى رضا المعاقين حركياً بشكل عام عن الرعاية الاجتماعية لا يؤثر في متغير السن حسب التحليل الإحصائي السابق، لأنه وبشكل عام يتوحد شعور المعاقين برضاهم عن الرعاية بعيداً عن مقارنة ذلك بأعمارهم.

ثانياً: توصيات الدراسة:

من خلال الاطار النظري والدراسات السابقة، وفي ضوء ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج، فان الباحث يتقدم ببعض التوصيات التي من شأنها أن تفيد القائمين على المعاقين حركياً والمجتمع بشكل عام، ومن هذه التوصيات:

- يجب على العاملين والمتخصصين في مجال رعاية المعاقين، من اطباء نفسيين، واخصائيين نفسيين واجتماعيين، ومرشدين نفسيين وتربويين،العمل ضمن استراتيجية الوقاية من الاضطرابات النفسية التي تهدد صحة المعاقين حركياً النفسية، وذلك من خلال بناء برامج عديدة ومتنوعة بما يخدمهم، ويحد من انتشار الأمراض النفسية والاجتماعية لديهم .
- تفعيل وتكثيف برامج الزيارات المنزلية بهدف تقديم خدمات شاملة للأسر في جميع مناطق قطاع غزة، التي تعاني من قلة خبرة التعامل مع ذويهم المعاقين حركياً.
- تصميم برامج لتعزز الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية عند المعاقين حركياً بقطاع غزة، بحيث تتنوع الى برامح اقتصادية واجتماعية ونفسية ودينية بهدف الوصول الى صحة نفسية أفضل، لدى المعاقين حركياً .
- بناء برامج ارشادية من خلال وسائل الاعلام المختلفة المرئية والمسموعة، والمكتوبة في الصحف والمجلات، لزيادة الوعي بمشكلات المعاقين حركيًا بقطاع غزة.
- إشراك المعاقين حركياً في برامج وانشطة ترفيهية تهدف الى اعادة كبر قدر من التوازن الاجتماعي والنفسي لديهم، وتقوي ثقتهم بأنفسهم عن طريق اعادة الشعور بالأمان .

ثالثا: مقترحات الدراسة:

بناءاً على نتائج الدراسة، وتوصياتها، واستكمالاً لموضوع الدراسة، يقترح اجراء الدراسات التالية:

1. اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعاقين وعلاقته بالصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية.
2. أساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية كعوامل وسيطة بين الخبرات الصادمة والصحة النفسية لدى المعاقين بصرياً وسمعياً.
3. تأثير الخبرات الصادمة على تطور كرب ما بعد الصدمة لدى المعاقين.
4. الأبعاد النفسية والاجتماعية للحرب الإسرائيلية على قطاع غزة من وجهة نظر المعاقين في قطاع غزة.
5. الأبعاد النفسية والاجتماعية للحصار المفروض على قطاع غزة من وجهة نظر ذوي المعاقين.
6. المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية لدى المعاقين والمترتبة على الانقسام الفلسطيني الداخلي.

المراجع العربية:

http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=296299

1. ابن منظور، جمال الدين (1990) : **لسان العرب** ، بيروت، دار الفكر.
2. أبو الكاس، رائد(2008): رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الإسلامية، غزة.
3. أبو سكران، عبد الله يوسف(2009): التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الداخلي–الخارجي) للمعاقين حركيًا في قطاع غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الإسلامية غزة.
4. أبو سمهدانة، تغريد (2006): الصلابة النفسية وعلاقتها بالعنف الإسرائيلي لدى المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الأقصى بقطاع غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الأقصى– عين شمس– البرنامج المشترك، كلية التربية، قسم علم النفس.
5. أبو مصطفى، نظمي (2000): **المدخل إلى التربية الخاصة**، غزة، مكتبة الشهداء، ط1.
6. أبو مصطفى، نظمي، و السميري، نجاح (2007): مشكلات أطفال الفئات الخاصة في المدرسة الجامعة " دراسة ميدانية على عينة من الأطفال المعوقين في فلسطين، **المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية**، كلية التربية، جامعة بنها، مصر، ص 573–624
7. أبو ندى، عبد الرحمن (2007): "الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر، **مجلة تقارير تربوية**، ع1، ص ص 15–24
8. أحمد، كمال أحمد (1977): **مناهج الخدمة الاجتماعية في المجتمع الاشتراكي**، ج1، القاهرة، مكتبة الخانجي.
9. البلتاجي ، تيسير نصر (2001) : تقييم خدمات التأهيل الطبي للمعاقين حركيا جراء انتفاضة الأقصى ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، جامعة القدس ، قسم الصحة العامة.
10. البلهاص ، سيد أحمد (2002) : النهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمين ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، العدد الواحد والثلاثون ،المجلد الأول، ص،ص 384–414
11. ثابت، عبد العزيز، وآخرون (2007): تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية في قطاع غزة، **دراسة غير منشورة**، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة.
12. جمعية المعاقين حركياً(2011): تقرير سنوي.

13. جودة، يسرى(2002): تأثير نوعية الإعاقة- السواء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي على وجهة الضبط والصلابة النفسية ودافعية الإنجاز لدى الذكور، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة المنوفية، كلية الآداب ، قسم علم النفس.
14. الحجار، بشير، ودخان، نبيل(2006): الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم، **مجلة الجامعة الإسلامية**، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني، ص ص369 -398.
15. حمدان، مفيد (2010): دراسة الضغوط النفسية من حيث علاقتها بالروح المعنوية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلبة الجامعات في قطاع غزة، **دراسة ماجستير غير منشورة**، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.
16. خاطر، أحمد مصطفى(1998): **مقدمة فى بحوث الخدمة الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
17. الخطيب ، جمال (2003) : **أولياء أمور الأطفال المعوقين** ،ط1 ، الرياض
18. دسوقي، راوية (1996): النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات . **مجلة علم النفس** . العدد (39) . السنة (10) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 44-59 .
19. الدسوقي، مجدي محمد (1998)، دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن، **دراسات في الصحة النفسية**، مصر، المجلد الأول (2007)، ص ص 117-161
20. دياب، مروان (2006): "دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين"، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة .
21. الديب، علي محمد (1998): العلاقة بين التوافق والرضى عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل، **مجلة علم النفس**، العدد السادس، ص ص : 45-59
22. رضوان ، شعبان جاب الله وهريدى ، عادل محمد (٢٠٠١): العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة **مجلة علم النفس** ، العدد الثامن والخمسون ، القاهرة ،ص ص72-104
23. الرفاعي، عزة . (2003). الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة، الضاغطة وأساليب مواجهتها. **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، قسم علم، النفس ،كلية الآداب، جامعة حلوان : القاهرة.

24. زايد، فوقية (2001)، القدرة على القيام بأنشطة الحياة المختلفة اليومية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى المسنين، **مجلة كلية التربية**، جامعة عين شمس، المجلد الرابع، العدد الخامس والعشرون، ص ص 291-311
25. زينب، راضي (2008): الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الإسلامية، غزة.
26. ساهي،مصطفى(2012): التوافق النفسي الاجتماعي لدى التلاميذ المعاقين جسمياً، **مجلة الحوار المتمدن** على صفحة الإنترنت
27. السفاريني، محمد بن أحمد بن سالم (1993): **غذاء الألباب في شرح منظومة الآداب**، مؤسسة قرطبة، ط2.
28. سلطان، ابتسام (2009): **المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
29. السليم، محمد بن إبراهيم بن عبدالله (2006): علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة دراسة على المعتمدين المنتكسين من المنومين بمجمع الأمل بالرياض، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.
30. سليمان، سوسن محمد (2009)، **السعادة والرضا أمنية غالية وصناعية راقية**، عالم الكتب، مصر.
31. شعبان، رجب، (1992): العلاقة بين الأساليب الاقدامية الاحجامية مع الأزمات والتوافق النفسي وبعض سمات الشخصية، **مجلة علم النفس**، العدد السادس، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، ص ص 104- 127
32. شكور، جليل وديع (1995) التوافق النفسي عند المعاق – **دراسة توثيقية** ، الدار العربية للعلوم .
33. الشناوي، محمد، وعبد الرحمن، محمد (1994): "**المساندة الاجتماعية والصحة النفسية**"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .
34. الشيباني ، عمر التوم (1989) : **الرعاية الثقافية للمعاقين** ، الدار العربية للكتاب ، طرابلس ، ليبيا.
35. الصبان، عبير (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
36. الصبان، عبير بنت محمد (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في

مدينتي مكة المكرمة وجدة، **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية للبنات، جامعة أم القرى، مكة.
37. صنوبرة، عبد الله (2010): دور الجمعيات في رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة – ولاية قالمة نموذجاً– ، **مجلة الباحث الاجتماعي**، عدد 10، سبتمبر ص ص 269–296.
38. صنيع، صالح بن إبراهيم(1998)، **التدين علاج الجريمة**، الرياض، مكتبة الرشد، ط 2.
39. عابد،مصطفى (2008): واقع مصابي الشلل الدماغي في محافظة شمال غزة، جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، **برنامج التأهيل المجتمعي** شمال غزة.
40. العايد، واصف، وعبد الله، جابر(2010): **المشكلات التي تواجه الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في جامعة الطائف**، جامعة الطائف، السعودية.
41. عبد الرازق، عماد علي (1998):"المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية"، **مجلة دراسات نفسية**، المجلد الثامن، العدد الثالث عشر، ص ص 13–39.
42. عبد الرحمن، محمد (1999م): **علم الاضطرابات النفسية والعقلية** ، ط1 ، ج2، القاهرة : دار قباء .
43. عبد اللطيف، آذار(2007): العلاقة بين الدعم الاجتماعي وحالة الخجل لدى الذكور المعوقين حركياً، **مجلة جامعة دمشق**، المجلد 23، العدد الثاني.
44. عبد الله ، عادل . (1991): **اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
45. عبيد، ماجدة السيد(2001): **رعاية الاطفال المعاقين حركياً**، دار صفاء للنشر –عمان،ط1.
46. عبيد، ماجدة السيد(2012): **رعاية الاطفال المعاقين حركياً**، دار صفاء للنشر –عمان،ط2
47. العتيبي، بندر بن محمد (2008): "اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف"، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة أم القرى، السعودية .
48. عثمان، فاروق السيد (2001): "**القلق وإدارة الضغوط**"، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي.
49. عجوبه ، مختار إبراهيم (1990) : **الرعاية الاجتماعية وأثرها على مداخل الخدمة الاجتماعية المعاصرة** (دار العلوم للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى) .
50. العزة، سعيد حسني(2001)، **التربية الخاصة**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

51. عزيز، سامية (2010): الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصرياً مدرسة طه حسين لصغار المكفوفين نموذجا، **مجلة دراسات نفسية وتربوية**، عدد (4)، يونيو، ص ص 71-86.
52. عسلية، محمد إبراهيم (2005)، **سكيولوجية الشخصية**، مكتبة الطالب الجامعي، جامعة الأقصى، غزة.
53. العطار، حيدر (2011): النسق القيمي لذوي الاحتياجات الخاصة حركياً واقرانهم من العاديين، **مجلة بحوث ودراسات تربوية**، العدد الثاني، جامعة تعز.
54. علي، عبد السلام علي (2000): "المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية"، **مجلة علم النفس**، العدد الثالث والخمسون، السنة الرابعة عشر، الهيئة العامة للكتاب، . القاهرة، ص ص 6-22
55. علي، عبد السلام علي (2005): **المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية**، ط1، الأنجلو المصرية، القاهرة.
56. علي، ماهر (2004): **مقدمة في الرعاية الاجتماعية**، أسس نظرية ونماذج عربية، دار الحصري، القاهرة،ط1.
57. علي، ماهر أبو المعاطي (2004): مقدمة في الرعاية الاجتماعية – أسس نظرية ونماذج عربية ومصرية–، **سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية**، الكتاب الرابع والعشرون، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة
58. عودة، محمد محمد(2010): الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الإسلامية، غزة.
59. عوض، حسني، وشحادة، صالح (2011): مستوى رضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية في محافظة طولكرم عن الأداء الوظيفي لخريجي الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة، **مجلة العلوم الاجتماعية**، تشرين الثاني.
60. غراب، هشام (2007): المشكلات النفسية لدى الأطفال المعوقين في المدارس الجامعة من وجهة نظر معلميهم بمحافظة غزة وسبل التغلب عليها، **مجلة الجامعة الإسلامية**، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد الخامس عشر، العدد الأول، ص ص533-560
61. الغرباوي، وليد(2009): الرعاية الاجتماعية في السنة النبوية الشريفة دراسة موضوعية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة
62. فهمي، محمد سيد (2002): **الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي**، (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث).

63. فهمي، محمد سيد (2002): **مدخل في الخدمة الاجتماعية** (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث)، القاهرة.
64. الكردي، فوزية إبراهيم (2012): الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى إفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، قسم العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك.
65. لولو، حمادة، عبد اللطيف، حسن(2002): الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، **رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية**، رانم، 12) ، 2 ، ص ص 229- 272
66. محمد، إبراهيم عبد الهادي(2002): **الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية**(الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث).
67. مخيمر ،عماد (1997): الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، العدد (17)، ص ص 103- 138
68. موسى، ماجدة (2010): مفهوم الذات الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الكفيف – دراسة ميدانية في جمعية رعاية المكفوفين في دمشق-، **مجلة جامعة دمشق**، المجلد 26، ملحق ، ص ص409-451
69. هريدي، عادل محمد (1996): " علاقة وجهة الضبط بأساليب ومواجهة المشكلات ، دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين . **مجلة بحوث كلية الآداب بجامعة المنوفية** . العدد 26 :ص ص 267 – 321 .

المراجع الأجنبية:

70. Abu Rukba ,Rodwan, (2005): "The Relationship Between Psychological Hardiness and Mental Health Among Mothers of Children with Down Syndrome " , Master Research – College of Public Health ,Gaza.
71. Al Sharif, B.(2008), " Patient‘s Satisfaction With Hospital Services At Nablus District.
72. Barrera,M,(1983): measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies American journal of community psychology,p21.
73. Barrra, M, Ainlay, s. (1983): The structure of social support: A conceptual and empirical analysis, Journal of community psychology, p135-136

74. Buunk, B. & Verhoeven, K. (1991). Companionship and support at work: a micro-analysis of the stress-reducing features of social interaction. Basic and Applied Social Psychology, Vol. 21,pp243-258.
75. Buunk, B. P., & Hoorens, V. (1992). Social support and stress: The role of social comparison and social exchange processes. British Journal of Clinical Psychology, 31, 445-457.
76. Caplan G, (1981) Mastery of stress: Psychosocial aspects. American Journal of psychiatry (138), pp 413-420
77. Cutrona, C. (1996). Social Support. Cauples, London; Sage Publication, 1-38.
78. Delongis,A,et al(1988): "The impact of daily stress on health and mood, psychological and social resources as mediators", Journal of Personality and Social Psychology, Vol.61, November.
79. Kobasa, S.C(1979): "Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness", Journal of Personality and Social Psychology, 42, (1), pp 168-177.
80. Kobasa, S.C, &, Puceetti, M.C(1983): "Personality and Social resources in stress resistance", Journal of Personality and Social Psychology,45, (4), pp 839-850.
81. Koubekova, E. (2000) : Personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psycho logia Dietata, J 35(1), pp 32-39
82. stress in graduate students. UMI Published Doctoral Dissertation. Adler
83. Walter Fried Lander,(1968), introduction to social welfare, Prentichall, inc, englwood Cliffs, N.J.

الملاحق

ملحق رقم (1)

أسماء السادة المحكمين

م	اسم المحكم	الرتبة العلمية	التخصص	الجامعة
1.	أحمد عبد الله أبو زايد	أستاذ مساعد	علم نفس	جامعة القدس المفتوحة
2.	آمال عبد القادر جودة	أستاذ دكتور	الصحة النفسية	جامعة الأقصى
3.	جميل حسن الطهراوي	أستاذ مشارك	صحة نفسية	الجامعة الإسلامية
4.	خالد عوض مونس	أستاذ مساعد	علم النفس	جامعة الاقصى
5.	ختام موسى السحار	أستاذ مساعد	علم نفس	الجامعة الإسلامية
6.	درداح حسن الشاعر	أستاذ مساعد	صحة نفسية	جامعة الأقصى
7.	سمير كامل مخيمر	أستاذ مساعد	علم نفس	جامعة الأقصى
8.	عون عوض محيسن	أستاذ مساعد	علم النفس	جامعة الأقصى
9.	محمد يوسف الشريف	أستاذ مساعد	علم النفس	جامعة الأقصى

ملحق رقم (2)

الاستمارة قبل التعديل

بسم الله الرحمن الرحيم



أخي الفاضل / .....

أختي الفاضلة / .....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان **(المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة).** دراسة مطبقة على المعاقين حركياً، ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير – تخصص إرشاد نفسي

حيث تهدف إلى التعرف على أهم المشكلات التي تواجه المعاقين حركياً والتخفيف منها وإيجاد الحلول المناسبة . لذا أرجو من سيادتكم الإجابة عن فقرات الاستبيان بكل أمانة وصدق.

شاكرين ومقدرين مساهمتك الإيجابية وإعطائنا من وقتك الثمين ورأيك المفيد في إثراء الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

علماً بأن هذه البيانات والمعلومات التي تتفضلون بها سوف تستخدم للبحث العلمي فقط .

مع خالص الشكر والتقدير

الباحث

حسن عبد الرؤوف القطراوي

أولاً: البيانات الشخصية

أ- السن:

1- من 15 إلى أقل من 20 سنة ☐ 2- من 20 إلى أقل من 25 سنة ☐

3- من 25 إلى أقل من 30 سنة ☐ 4- 30 إلى أقل من 35 سنة ☐

5- 35 سنة فأكثر ☐

ب- الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

ج- الحالة الاجتماعية:

☐ أعزب. ☐ متزوج. ☐ مطلق. ☐ أرمل.

د- المؤهل العلمي:

☐ ابتدائي. ☐ إعدادي. ☐ ثانوي.

☐ دبلوم متوسط. ☐ بكالوريوس. ☐ ماجستير. ☐ دكتوراه.

هـ- عدد أفراد الأسرة:

☐ أقل من 3 أفراد ☐ من 3 إلى 5 أفراد ☐ من 6 إلى 8 أفراد ☐ من 8 أفراد فأكثر

و- عدد الأفراد المعاقين داخل الأسرة:

☐ معاق واحد ☐ معاقان ☐ ثلاثة معاقين فأكثر.

ز- الترتيب الولادي للمعاق في الأسرة:

☐ الابن الأول ☐ الابن الثاني ☐ الابن الثالث. ☐ الابن الرابع. ☐ أخرى تذكر:......

ح- درجة الإعاقة:

☐ كلي ☐ جزئي

خ- أسباب الإصابة بالإعاقة الحركية:

☐ الوراثة. ☐ المرض. ☐ حادث. ☐ أخرى تذكر......

استبان الصلابة النفسية

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
التحكم				
.1	أتحكم في نفسي عند الغضب .			
.2	إذا شعرت بالضيق ألجأ للبكاء .			
.3	ينفذ صبري بسرعة إذا صدف خلاف بيني وبين الآخرين .			
.4	استطيع السيطرة على نفسي عند الحزن .			
.5	أرى أن لدي القدرة على إدارة الأشياء والتحكم بها .			
.6	أطبق الآية التي تقول (والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس).			
الالتزام				
.1	افعل ما يغضب أهلي وأصدقائي .			
.2	أجد في بعض كلام والدي سلب لحقوقي .			
.3	أجد صعوبة في الالتزام بوعدي مع أصدقائي .			
.4	ألتزم بقوانين ولوائح المؤسسة .			
.5	أؤدي ما يطلب مني على أكمل وجه .			
.6	ألتزم بالخطة التي وضعتها لتنظيم حياتي وأهدافي .			
التحدي				
.1	أشارك الأسرة في مشاهدة أحداث الحرب الأخيرة في التلفاز .			
.2	أذهب لأرى آثار الدمار الذي خلفه الاحتلال في القصف .			
.3	أثق في قدرتي على التعامل مع المواقف الجديدة .			
.4	أصر على القيام بالأعمال التي أحبها مهما كانت النتيجة .			
.5	يمكنني التغلب على كافة المشكلات التي تواجهني .			
.6	أفضل ألا يجري تعديل على حياتي الحالية .			
الصبر				
.1	ينفذ صبري بسرعة عندما أواجه مكروه .			
.2	أستمتع بالأعمال الصعبة .			
.3	أتحلى بالصبر في السراء والضراء .			
.4	أرتاح عندما أنجز أعمال صعبة .			
.5	أصبر وأحتسب عندما تواجهني مشكلة ما .			
الايمان بالقضاء				
.1	أشعر باليأس عندما تكون الظروف ضدي .			
.2	أؤمن بقضاء الله وقدره .			
.3	أرغب في الموت إذا فقدت شخصاً عزيزًا.			
.4	أشعر بالخوف من المستقبل .			
.5	أشعر أنني الوحيد الذي تعرض للصدمات.			
.6	إذا أصابني مكروه أتذكر مصائب غيري.			
.7	أشعر بالراحة عندما اردد(إنا لله وإنا إليه راجعون)			

استبان المساندة الاجتماعية:

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
المساندة النفسية الاجتماعية				
1.	أكون سعيداً عندما أجد من أحبهم حولي وقت الأزمات .			
2.	أكون راضياً عن نفسي عندما أساعد الآخرين .			
3.	يزداد شعوري بالرضا عندما أكون محط اهتمام الآخرين .			
4.	أرى إنني مقبول من الآخرين بما في من عيوب ومزايا .			
5.	أثق بنفسي لدرجة كبيرة .			
6.	أشعر أنني محط ثقة الآخرين .			
7.	أكون فخوراً عند مساعدتي للآخرين .			
8.	أشعر بالحزن لما أصاب أهالي الشهداء والجرحى .			
9.	شعرت بالغضب عندما عشت الحرب على غزة .			
10.	أشعر أن الآخرين يقدروني لشخصي .			
مساندة الأسرة				
1.	أجد أسرتي حولي وقت الضيق .			
2.	أجد اهتماما من أسرتي عند عرض مشكلاتي.			
3.	أسرتي تشاطرني في مشكلاتي .			
4.	أستشير بعض أفراد أسرتي في اتخاذ قراري .			
5.	أشعر بالراحة والأمن داخل أسرتي .			
6.	أناقش الأسرة في بعض الأفكار التي تخص نمط عيشها .			
7.	أشعر بأنني محل اهتمام أسرتي .			
8.	تسأل عني أسرتي أثناء غيابي عن البيت لمدة طويلة .			
9.	تتساءل عني أسرتي في المؤسسة .			
مساندة الأصدقاء				
1.	أشعر بالراحة عندما أجد صديق أشكو له مشكلتي .			
2.	أجلس مع أصدقائي وقت طويل .			
3.	أجد من أصدقائي من يقدم لي العون .			
4.	أجد هناك أصدقاء يشاطرونني أحزاني وأفراحي .			
5.	أشارك مع أصدقائي في بعض الأعمال كالنظافة في المؤسسة.			
6.	اتصل بصديق قريب مني عندما أشعر بالضيق.			
7.	اشعر بأنني محل اهتمام أصدقائي .			
8.	إذا غبت عن أصدقائي يسألون عني .			
9.	أحب أصدقائي جدًا .			
10.	أرتاح لوجود أصدقائي عندما أكون في موقف عصيب .			
مساندة المعلومات				
1.	أستمع إلى المعلومات التي يقدمها لي والدي .			
2.	توجيهات مدير المؤسسة تكون محل اهتمامي .			
3.	ألجأ إلى المرشد النفسي لسماع إرشاداته في المؤسسة .			
4.	أستمع إلى النصائح المقدمة في وقت الأزمات والحروب .			
5.	أطلب النصيحة من أصدقائي الأكبر مني سناً .			

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
.6	أعتمد على نصيحة والدي عندما أكون في مشكلة .			
.7	لا أتلقى النصيحة من أي شخص كان .			
.8	أستهزئ من المرشد في المؤسسة عندما ينصحنا في آلية التعامل مع الأزمات .			
.9	نصائح وأفكار الآخرين تكون محل اهتمامي.			
.10	ألجأ لطلب النصيحة من رجال الدين في منطقتي .			
.11	أتأثر بأفكار من أثق بهم .			

استبان رعاية المعاقين حركياً

م	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
الرعاية الاجتماعية				
1.	الخدمات المقدمة لي من مؤسسات الرعاية تفي باحتياجاتي .			
2.	أشعر بأن مستوى الرعاية الاجتماعية منخفض .			
3.	خدمات الرعاية تساعد في تحسين جودة حياتي .			
4.	أشعر بأن الرعاية المقدمة زادت من علاقاتي الاجتماعية .			
5.	رعايتي من قبل المؤسسة حسنت علاقتي بأسرتي .			
6.	الرعاية الإجتماعية المقدمة لي تخفض من شعوري بالغربة .			
7.	أرى أن الرعاية الاجتماعية المقدمة دون المستوى المطلوب .			
الرعاية النفسية				
1.	زادت خدمات الرعاية من ثقتي بنفسي .			
2.	أشعر أن الرعاية الإجتماعية زادت من شعوري بالنقص .			
3.	أرى أن الخدمات المقدمة غيرت من نظرة المجتمع السلبية لي.			
4.	أشعر أن الرعاية زادت من النظرة السلبية للمجتمع لإعاقتي .			
5.	أشعر أن غياب الرعاية يزيد من غربتي النفسية .			
6.	أشعر بالأمن النفسي نتيجة رعاية مؤسسات المعاقين لي .			
الرعاية الترويحية والتأهيلية				
1.	توفر المؤسسات المعنية بالمعاقين الأجهزة التعويضية .			
2.	أعاني من تعقد إجراءات الحصول على الأجهزة التعويضية .			
3.	ينقصني من يساعدني باستخدام أجهزتي التعويضية .			
4.	أحس بالنقص في مراكز تنمية مهاراتي وموهبتي .			
5.	أشعر بأن هناك نقص في مراكز التأهيل والتدريب .			
6.	الرعاية التأهيلية والترويحية دون المستوى المطلوب .			
7.	أشعر بأن الرعاية زادت بعد حرب غزة الأخيرة .			
الرعاية الإعلامية				
1.	تعطي المؤسسات المعنية مساحة لمشكلاتكم عبر الإعلام .			
2.	أشعر أن خدمات الرعاية المقدمة إعلامية أكثر منها حقيقية .			
3.	أرى أن الإعلام مغيّب عن مشكلات المعاقين بشكل عام .			
4.	أشعر بعدم الراحة لإثارة مشكلات المعاقين إعلامياً .			
5.	أرى أن المؤسسات الإعلامية غير آبهة بتحسين نظرة المجتمع للمعاق.			
6.	أرتاح لمتابعة الإعلام لمشكلات المعاقين .			

ملحق رقم (3)

الاستمارة بعد التعديل

بسم الله الرحمن الرحيم



أخي الفاضل / .....

أختي الفاضلة / .....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان **(المساندة الاجتماعية – الإهمال) والرضا عن خدمات الرعاية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى المعاقين حركياً بقطاع غزة)**. دراسة مطبقة على المعاقين حركياً، ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير – تخصص إرشاد نفسي

حيث تهدف إلى التعرف على أهم المشكلات التي تواجه المعاقين حركياً والتخفيف منها وإيجاد الحلول المناسبة . لذا أرجو من سيادتكم الإجابة عن فقرات الاستبيان بكل أمانة وصدق.

شاكرين ومقدرين مساهمتك الإيجابية وإعطائنا من وقتك الثمين ورأيك المفيد في إثراء الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

علماً بأن هذه البيانات والمعلومات التي تتفضلون بها سوف تستخدم للبحث العلمي فقط .

مع خالص الشكر والتقدير

الباحث

حسن عبد الرؤوف القطراوي

أولاً: البيانات الشخصية

أ- السن:

1- من 15 إلى أقل من 20 سنة ☐ 2- من 20 إلى أقل من 25 سنة ☐

3- من 25 إلى أقل من 30 سنة ☐ 4- 30 إلى أقل من 35 سنة ☐

5- 35 سنة فأكثر ☐

ب- الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

ج- الحالة الاجتماعية:

☐ أعزب. ☐ متزوج. ☐ مطلق. ☐ أرمل.

د- المؤهل العلمي:

☐ ابتدائي. ☐ إعدادي. ☐ ثانوي.

☐ دبلوم متوسط. ☐ بكالوريوس. ☐ ماجستير. ☐ دكتوراه.

هـ- عدد أفراد الأسرة:

☐ أقل من 3 أفراد ☐ من 3 إلى 5 أفراد ☐ من 6 إلى 8 أفراد ☐ من 8 أفراد فأكثر

و- عدد الأفراد المعاقين داخل الأسرة:

☐ معاق واحد ☐ معاقان ☐ ثلاثة معاقين فأكثر.

ز- الترتيب الولادي للمعاق في الأسرة:

☐ الابن الأول ☐ الابن الثاني ☐ الابن الثالث. ☐ الابن الرابع. ☐ أخرى تذكر:......

ح- درجة الإعاقة:

☐ كلي ☐ جزئي

خ- أسباب الإصابة بالإعاقة الحركية:

☐ الوراثة. ☐ المرض. ☐ حادث. ☐ أخرى تذكر......

استبان الصلابة النفسية

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
التحكم				
.7	أتحكم في نفسي عند الغضب .			
.8	إذا شعرت بالضيق ألجأ للبكاء .			
.9	ينفذ صبري بسرعة إذا صدف خلاف بيني وبين الآخرين .			
.10	استطيع السيطرة على نفسي عند الحزن .			
.11	أرى أن لدي القدرة على إدارة الأشياء والتحكم بها .			
.12	أطبق الآية التي تقول (والكاظمين الغيظ والعافين عن الناس).			
الالتزام				
.7	افعل ما يغضب أهلي وأصدقائي .			
.8	أجد في بعض كلام والدي سلب لحقوقي .			
.9	أجد صعوبة في الالتزام بوعدي مع أصدقائي .			
.10	ألتزم بقوانين ولوائح المؤسسة .			
.11	أؤدي ما يطلب مني على أكمل وجه .			
.12	ألتزم بالخطة التي وضعتها لتنظيم حياتي وأهدافي .			
التحدي				
.7	أشارك الأسرة في مشاهدة أحداث الحرب الأخيرة في التلفاز .			
.8	أذهب لأرى آثار الدمار الذي خلفه الاحتلال في القصف .			
.9	أثق في قدرتي على التعامل مع المواقف الجديدة .			
.10	أصر على القيام بالأعمال التي أحبها مهما كانت النتيجة .			
.11	يمكنني التغلب على كافة المشكلات التي تواجهني .			
.12	أفضل ألا يجري تعديل على حياتي الحالية .			
الصبر				
.6	ينفذ صبري بسرعة عندما أواجه مكروه .			
.7	أستمتع بالأعمال الصعبة .			
.8	أتحلى بالصبر في السراء والضراء .			
.9	أرتاح عندما أنجز أعمال صعبة .			
.10	أصبر وأحتسب عندما تواجهني مشكلة ما .			
الايمان بالقضاء				
.8	أشعر باليأس عندما تكون الظروف ضدي .			
.9	أؤمن بقضاء الله وقدره .			
.10	أرغب في الموت إذا فقدت شخصاً عزيزًا.			
.11	أشعر بالخوف من المستقبل .			
.12	أشعر أنني الوحيد الذي تعرض للصدمات.			
.13	إذا أصابني مكروه أتذكر مصائب غيري.			
.14	أشعر بالراحة عندما اردد(إنا لله وإنا إليه راجعون)			

استبان المساندة الاجتماعية:

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
المساندة النفسية الاجتماعية				
.11	أكون سعيداً عندما أجد من أحبهم حولي وقت الأزمات .			
.12	أكون راضياً عن نفسي عندما أساعد الآخرين .			
.13	يزداد شعوري بالرضا عندما أكون محط اهتمام الآخرين .			
.14	أرى إنني مقبول من الآخرين بما في من عيوب ومزايا .			
.15	أثق بنفسي لدرجة كبيرة .			
.16	أشعر أنني محط ثقة الآخرين .			
.17	أكون فخوراً عند مساعدتي للآخرين .			
.18	أشعر بالحزن لما أصاب أهالي الشهداء والجرحى .			
.19	شعرت بالغضب عندما عشت الحرب على غزة .			
.20	أشعر أن الآخرين يقدروني لشخصي .			
مساندة الأسرة				
.10	أجد أسرتي حولي وقت الضيق .			
.11	أجد اهتماما من أسرتي عند عرض مشكلاتي.			
.12	أسرتي تشاطرني في مشكلاتي .			
.13	أستشير بعض أفراد أسرتي في اتخاذ قراري .			
.14	أشعر بالراحة والأمن داخل أسرتي .			
.15	أناقش الأسرة في بعض الأفكار التي تخص نمط عيشها .			
.16	أشعر بأنني محل اهتمام أسرتي .			
.17	تسأل عني أسرتي أثناء غيابي عن البيت لمدة طويلة .			
.18	تتساءل عني أسرتي في المؤسسة .			
مساندة الأصدقاء				
.11	أشعر بالراحة عندما أجد صديق أشكو له مشكلتي .			
.12	أجلس مع أصدقائي وقت طويل .			
.13	أجد من أصدقائي من يقدم لي العون .			
.14	أجد هناك أصدقاء يشاطرونني أحزاني وأفراحي .			
.15	أشارك مع أصدقائي في بعض الأعمال كالنظافة في المؤسسة.			
.16	اتصل بصديق قريب مني عندما أشعر بالضيق.			
.17	اشعر بأنني محل اهتمام أصدقائي .			
.18	إذا غبت عن أصدقائي يسألون عني .			
.19	أحب أصدقائي جدًا .			
.20	أرتاح لوجود أصدقائي عندما أكون في موقف عصيب .			
مساندة المعلومات				
.12	أستمع إلى المعلومات التي يقدمها لي والدي .			
.13	توجيهات مدير المؤسسة تكون محل اهتمامي .			

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
14.	ألجأ إلى المرشد النفسي لسماع إرشاداته في المؤسسة .			
15.	أستمع إلى النصائح المقدمة في وقت الأزمات والحروب .			
16.	أطلب النصيحة من أصدقائي الأكبر مني سناً .			
17.	أعتمد على نصيحة والدي عندما أكون في مشكلة .			
18.	لا أتلقى النصيحة من أي شخص كان .			
19.	أستهزئ من المرشد في المؤسسة عندما ينصحنا في آلية التعامل مع الأزمات .			
20.	نصائح وأفكار الآخرين تكون محل اهتمامي.			
21.	ألجأ لطلب النصيحة من رجال الدين في منطقتي .			
22.	أتأثر بأفكار من أثق بهم .			

استبان رعاية المعاقين حركياً

م	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
الرعاية الاجتماعية				
8.	الخدمات المقدمة لي من مؤسسات الرعاية تفي باحتياجاتي .			
9.	أشعر بأن مستوى الرعاية الاجتماعية منخفض .			
10.	خدمات الرعاية تساعد في تحسين جودة حياتي .			
11.	أشعر بأن الرعاية المقدمة زادت من علاقاتي الاجتماعية .			
12.	رعايتي من قبل المؤسسة حسنت علاقتي بأسرتي .			
13.	الرعاية الإجتماعية المقدمة لي تخفض من شعوري بالغربة .			
14.	أرى أن الرعاية الاجتماعية المقدمة دون المستوى المطلوب .			
الرعاية النفسية				
7.	زادت خدمات الرعاية من ثقتي بنفسي .			
8.	أشعر أن الرعاية الإجتماعية زادت من شعوري بالنقص .			
9.	أرى أن الخدمات المقدمة غيرت من نظرة المجتمع السلبية لي.			
10.	أشعر أن الرعاية زادت من النظرة السلبية للمجتمع لإعاقتي .			
11.	أشعر أن غياب الرعاية يزيد من غربتي النفسية .			
12.	أشعر بالأمن النفسي نتيجة رعاية مؤسسات المعاقين لي .			
الرعاية الترويحية والتأهيلية				
8.	توفر المؤسسات المعنية بالمعاقين الأجهزة التعويضية .			
9.	أعاني من تعقد إجراءات الحصول على الأجهزة التعويضية .			
10.	ينقصني من يساعدني باستخدام أجهزتي التعويضية .			
11.	أحس بالنقص في مراكز تنمية مهاراتي وموهبتي .			
12.	أشعر بأن هناك نقص في مراكز التأهيل والتدريب .			
13.	الرعاية التأهيلية والترويحية دون المستوى المطلوب .			
14.	أشعر بأن الرعاية زادت بعد حرب غزة الأخيرة .			
الرعاية الإعلامية				
7.	تعطي المؤسسات المعنية مساحة لمشكلاتكم عبر الإعلام .			
8.	أشعر أن خدمات الرعاية المقدمة إعلامية أكثر منها حقيقية .			
9.	أرى أن الإعلام مغيّب عن مشكلات المعاقين بشكل عام .			
10.	أشعر بعدم الراحة لإثارة مشكلات المعاقين إعلامياً .			
11.	أرى أن المؤسسات الإعلامية غير آبهة بتحسين نظرة المجتمع للمعاق.			
12.	أرتاح لمتابعة الإعلام لمشكلات المعاقين .			

ملحق رقم (4)

صور بعض المعاقين أثناء تعبئة بعض نماذج الاستمارة





